FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mai 1901, à 1 heure

Par Léon CHANCELLAY

Né à Passy-sur-Eure (Eure), le 2 décembre 1873.
Ancien interne de l'Hôpital Ophthalmique de la Seine-Inférieure.
Interne à l'Asile Saint-Yon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.
Juges : MM. BRISSAUD, professeur.
RETTERER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	REMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques .... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Médecin des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

En présentant cette thèse inaugurale, nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen, de Paris et des asiles de la Seine-Inférieure. Nous remercions très particulièrement :

Notre excellent maître, M. Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Yon, pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

M. Rocher, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de Rouen, de l'intérêt qu'il nous a porté pendant le temps que nous avons passé avec lui.

M. Trénel, médecin à l'asile St-Yon, qui a mis à notre disposition les éléments du sujet dont nous allons nous occuper. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de ce travail, dont il a été l'inspirateur, et croire à nos sentiments affectueux et dévoués.

Nous prions, M. le professeur Joffroy de vouloir

bien agréer l'assurance de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La forme intéressante de trouble mental dont nous nous occuperons ici, a fait et fait encore l'objet de très vives controverses. Le terme de « psychose polynévritique » a été très discuté et est certainement très discutable. On peut même dire que ces deux mots jurent un peu d'être accouplés. L'inventeur de cette expression, Korsakoff, ne l'a proposée qu'à correction ; mais l'ensemble symptomatique qu'elle désigne est si particulier, si bien défini qu'elle a fait fortune. Ceux-là mêmes qui n'acceptent ni le mot, ni la chose, sont pour ainsi dire contraints de l'employer, ne serait-ce qu'en raison de sa commodité, et aussi, il faut le dire, en l'absence de tout autre terme commode et suffisamment compréhensif pour désigner la singulière coïncidence d'une paralysie névritique et d'un trouble mental, toujours semblable à lui-même.

Avant Korsakoff, on avait déjà plus d'une fois noté des faits de ce genre ; mais en réalité, ces observations éparses étaient restées lettre morte. Dans une thèse assez récente, Haury, élève de Pierret, a donné un historique fort bien fait de la question. Cette thèse envisage le sujet au point de vue critique, et nous lui ferons de fréquents emprunts.

Rappelons pour mémoire, les travaux originaux de Magnushus, de Leudet et de Duménil de Rouen.

L'une des plus anciennes indications sur les troubles mentaux au cours des névrites se trouverait dans la thèse de Maingault (de la paralysie diphtéritique 1860) puis dans celle de Vincent (paralysie dans la fièvre intermittente, Montpellier, 1878).

Mais c'est Charcot qui, le premier, dès 1884, a indiqué les troubles mentaux qui se rencontrent au cours des polynévrites alcooliques. (Leçons du mardi) «..... J'arrive maintenant, dit-il, à l'état mental de ces deux femmes qui peuvent nous servir de types pour la description. Il en est des troubles liés à l'alcoolisme comme de ceux qu'on observe dans le morphinisme ; il faut pour ainsi dire être porté par le diagnostic même vers la notion étiologique. Même dans les premières périodes, alors que l'esprit du sujet possède toute sa lucidité, il vous sera toujours difficile d'obtenir un aveu que vous demandez à l'entourage ; lors de la paralysie confirmée la notion étiologique vous fera constamment défaut de la part du malade. Nous savons parfaitement que ces deux femmes buvaient, l'une du cognac, l'autre du mélé-cassis ; le

mari, la fille nous l'ont appris. Demandez-leur de vous éclairer sur leurs habitudes : toutes deux vous affirmeront qu'elles étaient d'une sobriété à toute épreuve ; en cela elles sont conséquentes avec elles-mêmes ; *elles ne se souviennent plus ; toutes deux ont perdu la mémoire.* Aujourd'hui elles vous affirmeront qu'elles éprouvent dans les jambes des douleurs lancinantes ; l'une d'elles vous dira même qu'elle voyait dans ses cauchemars de l'eau trouble et des serpents ; *mais demain elles vous feront des récits tout à fait contradictoires* ; en tout cas et toujours, elles opposeront la dénégation la plus indignée à vos investigations sur l'alcoolisme. »

L'un des documents les plus importants pour la question est l'observation de Desnos, Joffroy et Pinard (1889), sur laquelle nous n'insisterons pas ici, ayant à y revenir à propos des névrites puerpérales et gravidiques. Mais malgré l'importance de ces travaux, de ceux de Charcot en particulier, à qui sans conteste appartient historiquement la priorité dans l'indication du syndrome, c'est à Korsakoff qu'on doit d'avoir fait entrer dans le cadre nosologique une entité morbide nouvelle. Ses multiples observations, ses travaux consécutifs ont attiré l'attention générale sur une affection infiniment plus fréquente qu'on ne croit et souvent méconnue. Les cas typiques, en effet, en sont guère observés que dans les asiles où ils sont trop souvent perdus pour l'observation. Il est juste de reconnaître que Tiling après l'apparition des travaux de Korsakoff donna un certain nombre d'observations indiquant

que depuis plusieurs années, ses recherches avaient été dirigées dans le même sens. On trouvera dans ses mémoires l'historique à peu près complet de la question pour les époques antérieures, historique qui a été complété par Haury dans sa thèse.

Dès ce moment les observations se sont multipliées dans tous les pays et les fines descriptions de Korsakoff ont été partout vérifiées et reproduites. Enfin dans ces toutes dernières années la question a été surtout considérée au point de vue de l'anatomie pathologique laquelle d'ailleurs n'est encore qu'a peine ébauchée au point de vue des lésions cérébrales. Les leçons de M. Raymond et le rapport de M. Ballet au Congrès des aliénistes de Marseille en 1899, donnent l'état actuel de la question.

La psychose polynévritique a la plus grande importance au point de vue purement dogmatique. Elle présente, en effet la combinaison de troubles organiques à lésions, peut-on dire grossières et d'un trouble psychique auquel naguère encore on refusait toute base anatomique. Avec la méthode de Nissl on commence à voir des lésions sur lesquelles nous aurons à revenir. Elles ont été étudiées par Ballet et Dutil, Soukhanoff et Faure. Il est important de noter que cette question a une portée très générale au point de vue de l'anatomie pathologique des psychoses et, récemment, M. Anglade (1) attirait l'attention sur la fréquence des

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre 1899.

lésions névritiques dans divers cas d'aliénation mentale. La même question a été largement traitée par Christiani (1).

(1) *Clinica moderna*, 10 mai 1899.

ÉTIOLOGIE

La question qui se pose actuellement à propos des psychoses polynévritiques est celle de sa valeur comme maladie spéciale et de la place à lui assigner dans le cadre des maladies mentales. Si l'accord est à peu près fait sur la description du syndrome quand il est au complet, les discussions commencent sur les cas frustes et incomplets et plus encore, sur l'étiologie de l'affection.

Charcot donnait dans ses premières descriptions, le syndrome amnésique comme caractéristique de l'alcoolisme. Dans le travail plus récent rédigé par Dutil, la comparaison avec des cas de polynévrites non alcooliques montre dans ces derniers l'absence de troubles mentaux. Pour Korsakoff qui dès la première heure a bien vu la complexité de la question, le terme de « psychose polynévritique » est une désignation clinique. La dénomination étiologique qu'il donne est cérébropathie psychique toxhémique. En tout cas

la question étiologique reste encore pour ainsi dire entière ; elle semble même avoir été plus compliquée que simplifiée par les polémiques auxquelles elle a donné lieu. On retrouvera dans la thèse de Haury l'exposé remarquablement présenté de ces discussions et l'on verra qu'une certaine confusion existe entre des affections peut-être plus différentes qu'on a bien voulu le dire. Si l'on tend à confondre dans un même cadre toutes les psychoses toxiques et infectieuses, ne cède-t-on pas à une tendance naturelle de l'esprit à synthétiser des faits dont les ressemblances pourraient n'être qu'apparentes.

Les observations qui seront données ici, ne sont destinées qu'à présenter quelques-unes des différentes conditions dans lesquelles on peut rencontrer le syndrome amnésique, sans prétendre trancher en aucune façon la question étiologique. Celle-ci ne trouvera en effet sa réponse que dans une anatomie pathologique qui s'ébauche à peine.

Cette étiologie est souvent complexe. Dans l'un des cas que nous citerons l'autopsie fit découvrir une vieille néphrite suppurée. La même coïncidence a été notée par M. Trénel dans une autre observation. Dans ce dernier fait la maladie avait une curieuse étiologie médicamenteuse. La malade était soignée pour des coliques hépatiques ; à l'occasion de la grippe, le médecin traitant l'avait mise à un régime alcoolique soi-disant tonique. Ce régime soigneusement continué par la malade, qui prenait journellement du Kirsch par verres, l'amena à l'asile de Villejuif avec une psy-

chose polynévritique type. La névrite était généralisée avec lésion du pneumogastrique et la malade mourut rapidement. A l'autopsie on constata qu'en réalité il existait une lithiase rénale avec néphrite suppurée. Dans l'autre observation les symptômes de pyélonéphrite furent aussi latents.

Dans d'autres cas il y a coïncidence de syphilis et d'alcoolisme. Notre malade (observation I) eut trois ou quatre enfants morts au bout de quelques jours avec des lésions syphilitiques non douteuses (phlyctènes des pieds et des mains) de plus elle avait elle-même une alopécie nullement en rapport avec son âge et datant de nombreuses années. Une malade qu'observa M. Trénel dans le service de M. Briand à Villejuif, portait des cicatrices indiscutables de syphilis. Cette condition a été notée çà et là, dans d'autres observations sans qu'on puisse y voir autre chose qu'une coïncidence. Telle l'observation de Tiling (pychose polynévritique chez un syphilitique).

Il serait intéressant d'étudier d'une façon détaillée dans quelles polynévrites infectieuses ou toxiques on rencontre la concïcidence de troubles psychiques et de rechercher la forme qu'ils affectent. L'ouvrage récent de Remak, sur les polynévrites n'est rédigé qu'au point de vue de la neurologie et de l'anatomie pathologique. L'étude des troubles mentaux est laissée de côté, mais la vaste bibliographie dont l'auteur fait suivre chacun de ses chapitres facilite les recherches dans ce sens.

Cette question a été étudiée avec un certain développement par Jolly qui a réuni un assez grand nombre d'observations dans les *Charité Annalen*, de 1897.

Avant lui, M. Raymond, a fait une série de leçons (1895-96), sur les différentes polynévrites, dans lesquelles il revient à différentes reprises sur les troubles mentaux qui les accompagnent.

Jolly étudie successivement trois groupes :

Dans un premier groupe, il indique les névrites ne s'accompagnant pas de troubles mentaux (14 hommes et 5 femmes, parmi lesquels il trouve 11 cas d'alcoolisme, peu graves sauf un, 2 cas d'influenza, 4 cas d'arsénicisme grave, 1 cas dû à l'anémie (?) 1 dû au froid (?);

Dans un deuxième groupe il range les névrites avec délire simple : 22 cas. Il réunit sous cette rubrique les faits où il y eut une complication psychique ne réalisant pas le syndrome de Korsakoff, mais s'accompagnant soit d'un simple délire soit d'une confusion passagère avec hallucinations, turbulence nocturne, anxiété. Ces cas ont en général une marche rapide, sauf quelques-uns où il y eut un état dépressif de longue durée. Dans 21 cas il s'agissait d'alcoolisme chronique (dont 2 accompagnés de saturnisme); tous ont été légers sauf les deux cas qui sont survenus chez des femmes. Jolly indique que de semblables observations sont des plus fréquentes et que des recherches plus minutieuses en auraient facilement procuré une centaine ;

Troisième groupe : 19 cas s'accompagnant du

syndrome de Korsakoff, et qui tous sauf un sont d'origine alcoolique. L'exception se rapporte à un cas de catarrhe stomacal prolongé avec épuisement et anémie. Tous ces cas ont été plus ou moins graves. Jolly note la grande fréquence des cas graves chez la femme ; quoique les hommes fussent, au total en plus grand nombre (46), le quart seulement des cas appartient au troisième groupe, tandis que sur 14 cas observés, au total, chez la femme, la moitié appartient à ce dernier groupe.

Nous avons cité avec détail ce travail de Jolly parce qu'il paraît présenter une vue d'ensemble assez caractéristique de la question au point de vue étiologique, par la prédominance énorme de l'étiologie alcoolique.

DESCRIPTION CLINIQUE

Tous les cas de psychose polynévritique ont une telle uniformité dans leur ensemble, un aspect si caractéristique qu'on les reconnaît de prime abord ; quoiqu'on en ait décrit plusieurs formes, que Korsakoff lui-même en reconnaisse différentes variétés, les cas purs, typiques auxquels s'applique le terme de syndrome de Korsakoff, paraissent former, cliniquement au moins, une espèce particulière. Nous prendrons pour type, les faits qui se rattachent uniquement et en toute certitude à l'alcoolisme.

Il s'agit dans la majorité des cas, d'individus faisant depuis de longues années des excès alcooliques variés. Il est très difficile de déterminer la nature de ces excès. Dans l'une de nos observations, nous eûmes ce renseignement très précis donné par la sœur de la malade, que celle-ci s'adonnait uniquement à l'usage du vermouth. En général, dans les observations, on se borne à indiquer excès alcooliques sans autres détails

et d'ailleurs les malades mêmes, en raison de leur amnésie, ne peuvent donner aucun renseignement à ce sujet. Dans une phrase, que nous avons rappelée plus haut dans notre citation de Charcot, celui-ci insiste sur ce fait, d'une façon humoristique. Pour notre deuxième malade, nos renseignements sont négatifs ; mais, quelle que soit la nature de ses lésions pulmonaires, ses hallucinations visuelles et les troubles mentaux graves, les absences qu'elle présentait depuis de longs mois, peuvent être interprétés dans le sens de l'intoxication alcoolique.

Les troubles morbides qui précèdent l'apparition du syndrome de Korsakoff peuvent être tout à fait variables. Tantôt il y a eu simple changement de caractère, tantôt il y a tout un passé d'accidents alcooliques banaux : pituites, cauchemars effrayants, zoopsie etc...

Dans certains cas rares, un délire alcoolique vulgaire, plus ou moins caractérisé, accompagnerait seul la polynévrite à l'exclusion du syndrome de Korsakoff proprement dit. Peut-être les diverses formes cliniques indiquées par M. Ballet (1) ne sont-elles que des formes atténuées, s'arrêtant aux symptômes de début (forme délirante, forme de confusion mentale). Quoiqu'il en soit le début peut donc être tout à fait insidieux. Cela paraît avoir été le cas dans notre observation II L... Mais ici les choses paraissent être compliquées et si notre conviction est faite au sujet de l'alcoolisme chez cette malade (tremblement des mains,

(1) *Congrès de Marseille*, 1899.

de la langue, cauchemars, zoopsie) nous n'en avons pas la certitude. Son mari rattachait les premiers troubles mentaux à une péritonite (péritonite vérifiée à l'autopsie) survenue à la suite d'un accouchement cinq ans auparavant. Plus tard, cette malade aurait présenté des troubles mentaux d'une certaine durée (non spécifiée), dont elle aurait guéri. Mais, depuis trois ans, elle était sujette à ce que son mari appelait des absences et devenait subitement tout à fait bizarre, ne savait plus ce qu'elle faisait, était toute désorientée. Cela durait quelques heures et disparaissait sans laisser de traces. Les accidents mentaux qui ont causé l'envoi de la malade à l'asile Saint-Yon datent de plusieurs mois et ont débuté à l hôpital où elle était entrée en octobre 1900. Nous n'avons pas de renseignements précis sur ce qui s'est passé à cette époque, non plus que sur l'époque de début de la tuberculose d'une part, de la névrite de l'autre.

Il en fut tout autrement chez notre malade D..., observation I. Là, le début paraît avoir été tout à fait rapide. La malade avait eu quelques mois auparavant un étourdissement avec chute brusque (état d'ivresse ?) sans perte de connaissance, sur la nature duquel nous ne sommes pas édifiés. Les troubles mentaux eux-mêmes n'ont précédé que de peu de jours les troubles névritiques, d'après les renseignements, et probablement même doivent leur avoir été en réalité tout à fait contemporains. Ici le trouble mental consiste en une crise hallucinatoire auditive et visuelle, crise hallucinatoire tout à fait intense, mais qui finissait au

moment de l'entrée de la malade pour laisser place au pur syndrome de Korsakoff. Cette crise hallucinatoire avait été précédée d'une courte période d'abattement à laquelle succéda la désorientation la plus complète. Le tout datait d'un mois à l'entrée de la malade.

Dans notre troisième cas, nos renseignements ont été tout à fait imprécis. Les deux premières observations citées suffisent donc pour donner une idée du début tout à fait variable de la maladie. Tantôt le début brusque se marquera par une crise délirante et hallucinatoire où l'intensité des hallucinations pourra parfois voiler l'affaiblissement mental et empêcher d'apercevoir les troubles amnésiques. Tantôt la maladie prendra dès le début son aspect caractéristique et marchera d'une façon plus ou moins lente, plus ou moins insidieuse.

Nous nous en tiendrons à la description des troubles psychiques seuls. Disons cependant que le début de la névrite peut être aussi soit insidieux, soit rapide.

En général, la bizarrerie des accidents frappe rapidement l'entourage des malades. Ce sont des oublis, une sorte d'ahurissement qui troublent tout à fait leurs rapports sociaux. Ce n'est pas à vrai dire la véritable Confusion mentale, ce serait peut-être faire un abus de ce terme que de l'employer à propos de la Psychose polynévritique. Il répond aujourd'hui à un type morbide bien déterminé, ayant son évolution tout à fait particulière. Qu'il y ait dans la Confusion mentale primitive des troubles mnésiques cela est certain ;

mais, dit Chaslin : « Quant à la psychose polynévritique de Korsakoff, si quelques cas présentent de la confusion primitive, dont la classification dans les confusions soit idiopathiques soit symptomatiques me paraît encore douteuse, les autres semblent comporter surtout un trouble particulier de la mémoire. Je sais bien que l'on peut après de la confusion rencontrer des amnésies fort analogues, mais la présence des polynévrites viendra lever les doutes, en admettant que la psychose de Korsakoff doive être séparée complètement de la Confusion mentale. »

Les différences deviennent plus tranchées à mesure que la maladie se développe : tandis que dans la Confusion mentale, comme l'écrit ailleurs M. Chaslin : « l'état psychologique est généralement constitué par un fond essentiel de confusion, de perte de l'orientation avec ou sans délire, avec ou sans hallucinations ou illusions..... », dans la Psychose polynévritique, s'il y a confusion dans les idées, cela est du à la perte des souvenirs.

Ce trouble des idées n'est pas primitif comme dans la Confusion mentale, mais secondaire à l'amnésie et ne porte pas sur toute l'existence du malade ; du moins des parcelles de souvenirs antérieurs persistent, et comme nous le verrons, la mémoire des faits anciens peut être, sinon parfaitement, du moins suffisamment conservée, tandis que dans la Confusion mentale, proprement dite, le trouble des idées s'accentue au point d'amener le malade à l'incohérence complète ou au mutisme plus ou moins absolu. Le tableau est alors

bien différent et à la période d'état, les deux syndromes n'ont que des ressemblances assez éloignées. A cette période d'état, le syndrome de Korsakoff est quelque chose d'aussi particulier que n'importe quelle maladie mentale ou autre. Le malade reste habituellement silencieux, immobilisé dans son lit, il laisse couler les heures sans s'intéresser à quoi que ce soit qui se passe autour de lui. Il ne répond que si on lui adresse la parole et en général accomplit correctement ou à peu près les actes simples qu'on lui commande. Il est docile, avenant même, et au premier moment, son aspect pourrait donner le change, à un esprit non prévenu, sur sa validité intellectuelle, d'autant que ses réponses même fausses sont empreintes d'un caractère de précision trompeur. D'ailleurs le malade se tient, pour ainsi dire, sur ses gardes, presqu'inconsciemment il est vrai, et, dans les cas peu graves, il tente d'expliquer ses contradictions, à la condition du moins qu'on attire sur elles son attention. En effet, quand on pousse un peu l'interrogatoire, des lacunes énormes de la mémoire apparaissent et c'est là le symptôme primordial, caractéristique, constant du syndrome de Korsakoff.

L'amnésie est réalisée sous une forme pour ainsi dire pure, et qu'on ne retrouve dans aucune autre affection mentale. L'amnésie de la Psychose polynévritique est continue, généralisée (mais non totale), profonde, incorrigible, non perçue consciemment. C'est un type d'amnésie à la fois d'acquisition et de recollection.

Elle porte surtout, mais non exclusivement, sur les acquisitions récentes ou plutôt immédiates. Elle rappelle parfois ce trouble que chacun peut éprouver et qui consiste à lire une page sans pouvoir se rappeler un seul mot de ce qu'on vient de lire.

L'interrogatoire du malade devient tout à fait singulier et parfois énervant, car celui-ci répète souvent les mêmes choses imperturbablement, telle notre malade (observation III) qui, au cours de l'examen, ne cessait de répéter pour ainsi dire toutes les minutes : « Pourquoi me demandez-vous cela ? », sans s'apercevoir qu'elle venait à l'instant même de poser cette question, ni se rappeler ce qu'on lui avait répondu. La mémoire des faits anciens peut-être vraiment bien conservée, mais il existe cependant des lacunes dans la plupart des cas ; parfois l'amnésie rappelle par sa forme certains cas d'amnésie hystérique où l'oubli date d'un moment tout à fait précis ; mais en général, la mémoire est lacunaire même pour les périodes où elle paraît le mieux conservée. On ne peut pas parler dans ces cas d'amnésie rétrograde, au sens très restreint de ce mot, tel qu'on l'accepte aujourd'hui.

Dans la psychose polynévritique, en général, l'amnésie n'offre pas cette régularité, telle date échappera au malade, telle autre étant au contraire rappelée avec exactitude. Le malade se souviendra de la date de son mariage, d'une de ses adresses antérieures et par contre, ne se rappellera pas le nombre ou l'âge de ses enfants ni son propre métier et ainsi de suite... De plus tel souvenir perdu la veille sera retrouvé le len-

demain. Souvent la malade fait l'impression de répondre tout à fait au hasard. Il est d'ailleurs imperturbable dans ses affirmations et d'autre part il n'en accepte pas moins facilement toutes les remarques qu'on lui fait, toutes les corrections qu'on lui propose et cela sans faire montre du moindre esprit critique. C'est une cire molle que l'on façonne comme l'on veut, au gré de l'observateur. On parvient sans effort à convaincre le malade des choses les plus invraisemblables ou les moins logiques sans qu'il oppose de résistance.

Sa faculté de crédulité n'a d'égale que sa propre facilité d'invention. D'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre cet aliéné, invente les récits et les fables les plus invraisemblables et parfois les plus ridicules. Leur succession incohérente, leur teneur tout à fait illogique ne peut se comparer qu'aux séries incohérentes d'idées qu'on rencontre dans les rèves. Certainement la psychose polynévritique est l'affection mentale qui réalise le mieux ce qu'on a appelé le délire onirique si bien décrit par M. Régis.

Parmi nos observations, le cas de la malade L... (observation II) est celui où l'on peut le mieux se rendre compte de cet état tout à fait particulier. Mais il faut dire qu'on ne peut faire de distinction absolument nette entre ce que nous rapprochons des délires oniriques proprement dits, et les récits qu'inventent les malades en réponse aux questions qu'on leur pose. Ces inventions sont parfois des plus bizarres et ce qui leur donne un caractère singulier, c'est qu'elles sont

en contradiction absolue avec l'état physique du sujet. On entend en effet tel individu, complètement impotent, raconter, et avec force détails, qu'il vient de se lever, qu'il a été se promener, quelquefois à des distances considérables, qu'il a soulevé des fardeaux ou bien qu'il vient d'avoir une dispute, qu'il a lutté avec tel ou tel. Tout cela est débité imperturbablement et si l'on attire alors l'attention du sujet sur sa trop réelle invalidité, il se contente de dire qu'il est un peu fatigué, mais que cela va passer dans un instant et qu'il pourra recommencer ses travaux d'hercule. Cette même faculté d'affabulation s'étend non seulement à la personnalité du malade même, mais à tout son entourage. Il invente toutes sortes de personnalités nouvelles pour le médecin, les infirmiers, les autres malades. Il déclare être dans un atelier ou dans tel ou tel autre endroit sans rapport non seulement avec la réalité actuelle, mais encore avec son existence antérieure. Il peut arriver que le sujet méconnaisse absolument les gens de sa famille, mais il est plus fréquent de voir qu'il les reconnaît au moment où il les a sous les yeux. Par contre il oublie facilement leur présence ou les oublie dès qu'ils se sont éloignés. Les heures, les jours s'écoulent sans que les malades en aient la moindre conscience. Il peut arriver qu'ils réclament leur repas à tout instant quoique rassasiés etc....

Au milieu de toutes ces divagations apparaissent fréquemment des hallucinations de la vue tout à fait manifestes et qui sont en général de nature zoopsique.

Les hallucinations de l'ouïe paraissent être exceptionnelles. Une autre catégorie d'hallucinations extrêmement fréquentes trouve son origine dans les troubles de la sensibilité tactile sur lesquels nous aurons à revenir, à propos des troubles physiques. Elles étaient particulièrement marquées chez deux de nos malades, dont l'une croyait avoir les mains couvertes de savon noir et l'autre sitôt qu'on voulait lui tâter le pouls, s'essuyait précipitamment les mains pour en ôter la purée de pommes de terre dont elle les croyait couvertes. Une autre malade observée par M. Trénel, avait d'une façon constante une sensation de caoutchouc dans les mains. L'une de ces malades se croyait toujours attachée au pied de son lit par les jambes et ne cessait de protester auprès du médecin contre cette façon de la traiter. Les hallucinations de l'odorat et du goût paraissent exceptionnelles ; il n'en est du moins pas fait mention dans les observations.

L'un des symptômes les plus curieux de l'affection a été appelé pseudo-réminiscence ou encore hallucination de la mémoire. Les malades reportent dans le passé et donnent comme des souvenirs des évènements qu'ils inventent de toutes pièces. Ces pseudo-réminiscences ne sont pas propres absolument à l'affection dont il s'agit ici, mais c'est là certainement qu'elles se montrent avec la plus grande amplitude. En général, en raison de l'affaiblissement intellectuel, ces fausses réminiscences ne présentent pas, dans leur teneur, un intérêt tel qu'il soit utile d'insister à leur sujet. Il s'agit, en général, des événements les plus vulgaires de l'exis-

tence. Ce qui donne une marque particulière à ces troubles mentaux, c'est la variabilité dans leur teneur en même temps qu'ils sont tout à fait fixes dans leur forme. Il est facile de comprendre qu'il soit exceptionnel de constater une systématisation quelconque dans ces idées délirantes ; tout au plus, le malade affuble-t-il certaines personnes d'une individualité toujours la même. Par exemple, après avoir inventé que le médecin est un M. X..., il continuera à chaque visite à le nommer M. X... mais il acceptera parfaitement d'être détrompé et conviendra fort bien de son erreur. Les malades ne manifestent guère l'idée de persécution ; au contraire, il est remarquable qu'ils se montrent affables, toujours contents, parfois même joviaux. Il est rare qu'ils émettent des idées mélancoliques ; comme nous l'avons déjà dit, ils ne se rendent aucunement compte de la gravité de leur état, mais il n'y a rien là qui rappelle l'euphorie soit du maniaque, soit du paralytique général.

Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur les signes physiques qui sont communs à toutes les névrites. Douleur des troncs nerveux, des muscles et des tendons ; diminution puis abolition des réflexes, impotence fonctionnelle ; contracture consécutive des antagonistes ; prédominance de la paralysie sur les extenseurs. Les troubles de la sensibilité sont variables et peuvent manquer. Ils consistent le plus souvent en diminution et même abolition de la sensibilité, plus rarement en hyperesthésie, comme dans notre cas I. Ils prédominent surtout aux membres inférieurs. Les troubles de la vue

sont fréquents et reproduisent ceux de l'alcoolisme vulgaire, en particulier les scotomes et la dyschromatopsie. Ils peuvent être un signe diagnostique d'une extrême importance. En notre unique cas où l'examen du fond de l'œil fut fait grâce à l'obligeance de M. Léon Petit, la pupille parut saine, comme cela est la règle. Une névrite optique fut constatée dans le cas de Schlier (1) qui sort d'ailleurs un peu de notre cadre en raison des caractères particuliers de récurrence des symptômes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Communiquée par M. Trénel).

Sommaire. — *Syphilis conceptionnelle probable. Alcoolisme. Début simultané de la névrite et des troubles mentaux. Court accès hallucinatoire. Polynévrite généralisée avec participation des nerfs bulbaires laryngés facial : pneumogastrique. Trouble de la sensibilité. Syndrome de Korsakoff typique. Persistance de quelques hallucinations visuelles passagères. Dyschromatopsie Accentuation rapide des symptômes paralytiques rappelant la paralysie ascendante aiguë. Decubitus presque aigu. Mort.*

(1) Schlier. — *Polynévrite récurrente.*

Autopsie. - *Névrite généralisée, chromatolyse à tous les dégrés des cellules motrices de la moëlle surtout dans la région lombaire. Chromatolyse des cellules du noyau facial. Chromatolyse diffuse des cellules de l'écorce cérébrale.*

D... Georgette, entrée le 31 octobre 1900 à l'asile Saint-Yon morte le 8 décembre 1900.

Antécédents héréditaires nuls. Père et mère bien portants et sobres; trois frères vivants, sur lesquels on n'a pas eu de renseignements.

Antécédents personnets. - A eu quatre enfants qui au dire de la malade, auraient eu des boutons aux pieds et seraient morts au bout de quelques jours (syphilis?)

Elle a une alopécie extrêmement marquée qui daterait de l'époque de sa grossesse.

Elle est divorcée depuis quelques années et vit en concubinage depuis 3 ans.

Elle est très robuste et elle a toujours été bien portante.

D'après son mari, elle ne faisait aucun excès alcoolique. Elle-même raconte, au contraire, qu'elle prenait depuis longtemps du vin de Malaga, qu'elle en buvait un litre en deux jours.

Il y a sept ou huit mois, elle fut prise d'un étourdissement et tomba par terre sans perdre connaissance. Son mari qui était présent dut la porter dans son lit et dès le lendemain elle put se relever pour reprendre son ouvrage.

La maladie actuelle ne daterait que d'un mois. Depuis ce moment, elle se plaint de douleurs à l'estomac puis elle devient tout à fait abattue, ne veut plus se lever, ne soigne plus son intérieur, ne prépare plus les repas.

En même temps, les forces physiques s'affaiblissent. Depuis cinq ou six jours elle se plaint de vives douleurs dans la plante des pieds, les chevilles, les genoux. Elle ne peut plus étendre les jambes sans douleur.

Elle se plaint la nuit en dormant. Le sommeil n'aurait d'ailleurs jamais été troublé, sauf, peut-être, dans ces derniers jours.

Depuis huit jours, le regard devient étrange (apparition d'un léger strabisme) et la malade se plaint que sa vue baisse. Elle était d'ailleurs légèrement myope auparavant.

Depuis la même époque, céphalalgie gravative.

Les troubles mentaux manifestes ne dateraient que de deux ou trois jours.

Elle se met à causer-seule. Prétend voir et entendre des gens sur le toit, les interpelle en disant : « Vous m'écoutez, je le dirais à mon mari », croit voir du monde auprès d'elle, fait des gestes comme pour écarter des fantômes

En même temps la parole serait devenue un peu embarrassée La malade était une femme intelligente et aimait beaucoup la lecture.

Elle entre le 31 octobre 1900.

C'est une femme très grande et très robuste, au facies absolument apathique. Il existe un léger strabisme convergent qui rend le regard étrange. Quand on fait regarder la malade à droite ou à gauche, le strabisme est corrigé mais la fatigue survient rapidement sans qu'il y ait de nystagmus. Les pupilles sont étroites, immobiles à la lumière et déformées.

Il existe une dyschromatopsie marquée. La malade ne distingue pas une pièce d'argent d'une pièce d'or, confond le vert et le bleu.

Elle donne souvent comme noirs le rouge et le violet, mais si l'on insiste, elle se corrige quelquefois.

Son état mental ne permet pas de vérifier s'il existe de scotome, ce qui paraît probable. Elle se refuse à lire sous prétexte que sa vue est brouillée.

Les traits de la face ne présentent pas d'asymétrie notable; la langue n'est pas déviée, elle est fissurée, rouge et tremble un peu.

La force musculaire est extrêmement affaiblie. Dans l'examen au lit, on constate en plus, une légère incoordination du membre inférieur droit tandis qu'on ne constate rien de semblable à gauche. Il existe aussi un peu de maladresse du droit. La malade, par exemple, sur commandement, n'atteint membre supérieur son nez avec le doigt qu'avec hésitation. Cette maladresse est à peine marquée à gauche.

Les pieds sont un peu tombants, les bras évidemment parésiés. La malade ne peut s'asseoir sur son lit, sans aide.

Le réflexe rotulien, le réflexe du tendon d'Achille sont nuls. Les réflexes des membres supérieurs sont, au contraire, plutôt marqués

La malade ne peut marcher que fortement soutenue, sinon elle s'écroule.

Dans la marche il existe un degré marqué de steppage. De plus, la malade lance un peu la jambe droite de côté. Quand elle est fatiguée, elle embarrasse ses jambes l'une dans l'autre.

La sensibilité à la douleur est abolie dans les membres inférieurs. La malade sent la piqûre comme un contact. Elle ne localise pas ses impressions Cependant elle peut différencier par exemple, le parquet du tapis, quand on lui fait poser es pieds sur le sol.

La sensibilité thermique quoique diminuée est loin d'être abolie. L'anesthésie parait plus marquée à droite qu'à gauche Au niveau du tronc, de l'abdomen, des membres supérieurs et de la face, la sensibilité est diminuée dans tous ses modes, mais non abolie.

Il faut noter que ces données ne peuvent être considérées que comme approximatives, car la malade parait répondre souvent au hasard et parfois d'une façon contradictoire

Les muscles, les tendons et les nerfs sont extrêmement douloureux à la moindre pression au niveau des membres inférieurs et à un moindre degré, au niveau des membres supérieurs.

Après une courte période de confusion hallucinatoire pendant laquelle la malade méconnait absolument son entourage, elle devient rapidement suffisamment calme, pour être interrogée.

Elle reste habituellement immobile et ne sort de son mutisme que pour répondre aux questions qu'on lui pose.

La malade est complètement désorientée. Elle sait qu'elle est à Rouen dans la maison des aliénées. Mais en dehors de cela, la mémoire est extrêmement affaiblie.

Elle ne se rend pas compte de l'heure, donne immédiatement son adresse ; si elle sait son âge, elle ne peut dire la date de sa naissance, ni celle de l'année où nous sommes. Elle se croît ici depuis quinze jours. Elle croit vivre avec son amant depuis deux ans, (en réalité cinq) Elle sait qu'elle est malade; depuis une quinzaine de jours, dit elle, elle avait des névralgies, des pleurs immotivés, s'effrayant au moindre bruit, croyant voir des personnes de connaissance qu'elle interpellait.

Ces illusions survenaient, dit-elle, le jour comme la nuit. De plus elle avait des cauchemars avec zoopsie, voyait des chevaux, des lions, etc. Elle entendait des murmures et des réponses aux questions qu'elle se posait.

Elle raconte qu'elle a commencé à avoir des douleurs dans les jambes il y a six mois. Elle sait qu'elle parle au médecin, se rend compte qu'elle le voit pour la première fois à l'asile. Répète exactement une phrase qu'on lui dicte.

Le pouls est rapide, on compte 100 pulsations, les bruits du cœur sont bien frappés.

Il existe une hématurie abondante.

Dans les jours suivants, l'état reste stationnaire. La malade est calme, répond d'une façon indifférente aux questions qu'on lui pose; la mémoire est absolument confuse. La malade oublie d'un moment à l'autre ce qu'elle vient de dire ou les questions posées. Elle fait les erreurs les plus grossières sur le temps, les personnes, s'imagine avoir vu le matin même des personnes de la famille qui ne sont pas encore venu la voir.

Les troubles de la sensibilité sont de plus en plus manifestes et l'on constate de la paresthésie et des sensations subjectives tout à fait particulières. La malade ne cesse de s'essuyer les mains disant qu'elles sont enduites de suif. Elle se croit à l'Hôtel-Dieu et méconnaît absolument l'entourage. Elle prétend n'avoir plus d'hallucinations, reste d'ailleurs habituellement silencieuse et ne parle que pour répondre aux questions qu'on lui pose. La langue est moins rouge. L'état général est assez bon.

9 novembre 1900. — Depuis 1 ou 2 jours on constate, ce qui n'avait pas été manifeste jusque-là, que la face devient légèrement asymétrique. La bouche est en point d'exclamation

(la pointe en étant dirigée à droite). La langue est déviée un peu à gauche et présente les mêmes mouvements vermiculaires. La voix est un peu nasonnée.

La malade est devenue tout à fait impotente : les pieds sont tombants et les mouvements commandés sont faibles et maladroits sans incoordination véritable.

L'état mental est le même et l'amnésie continue s'est encore bien accentuée. La malade imagine n'importe quoi pour répondre aux questions avec une assurance apparente, qui pourrait faire croire au premier abord à la réalité de tout ce qu'elle dit, si l'on n'était prévenu. L'on s'aperçoit d'ailleurs vite qu'elle mêle le vrai et le faux.

Elle prétend avoir eu telle visite de sa famille qui, en réalité, n'est pas venue, croit voir pour la première fois ou ne se rappelle que vaguement le médecin qui l'examine journellement.

Le pouls reste à 100. La respiration est régulière (20).

15 novembre. — Mme D .. reste dans une apathie absolue, répond toujours de la même façon aux questions qu'on lui pose. Se rappelle avec une exactitude relative sa vie antérieure dans les grandes lignes. Elle sait, par exemple, quel est le métier de son ami, mais, en général, elle répond tout à fait au hasard dans la sphère très limitée des idées qu'on peut réveiller chez elle : visites reçues, heures des repas, personnalités de l'entourage, noms des médecins.

Elle présente des hallucinations manifestes de la vue pendant le cours de l'examen même. Elle s'imagine avoir vu un chat sauter de son lit. Mais ces hallucinations paraissent être isolées, passagères et depuis que la malade est entrée à l'asile on n'a pas pu noter, à vrai dire, de véritable délire hallucinatoire. Cependant les infirmières et les malades qui

l'entourent ont constaté plus d'une fois dans le cours de la journée qu'elle éprouve des hallucinations du même genre que celles que nous avons accidentellement constaté chez elle.

L'impotence musculaire s'accentue de plus en plus, la malade ne peut plus élever les membres inférieurs au dessus du plan du lit, ce qu'elle faisait jusque-là Sur l'ordre qu'on lui donne, elle parvient péniblement à faire glisser les talons en fléchissant les membres. Les membres supérieurs eux-mêmes paraissent plus parésiés. L'anesthésie devient plus complète et plus généralisée, mais un examen précis en est absolument impossible.

Les troubles de la vue seraient un peu moins marqués. Les couleurs sont mieux reconnues, mais il est difficile de distinguer si les erreurs sont plutôt dues à l'inattention ou à une véritable dyschromatopsie. L'examen du fond de l'œil qui a été fait par M. le docteur Petit est absolument négatif ; même état des pupilles ; mais on constate un peu de nystagmus vertical à peine marqué. Le pouls s'accélère, marque 130 ; la respiration est régulière. La voix devient légèrement enrouée.

Les muscles, les tendons, les nerfs, sont toujours très douloureux.

La malade gâte, mais il n'y a pas de véritable paralysie du rectum ni de la vessie. Il commence à paraître un début d'escharre du sacrum.

22 novembre. — L'état de la malade s'aggrave à tous les points de vue. La voix est devenue tout à fait bitonale, sourde et nasonnée. Le pouls est devenu très rapide, faible et dépressible tout en restant régulier (140). La respiration est de 16 à 20. Les inspirations sont très profondes et l'expiration prolongée.

On constate que les phréniques sont très douloureux à la pression au niveau du cou.

La parésie des membres inférieurs est absolue, si ce n'est que la malade peut fléchir légèrement la cuisse sur le bassin. La parésie au niveau des membres supérieurs est aussi plus manifeste. Cependant les réflexes tendineux du poignet et du coude persistent. Sécheresse de la peau et desquamation au niveau des membres supérieurs.

La sensibilité est complètement abolie, surtout aux membres inférieurs et a disparu même à la plante du pied où elle avait persisté jusque-là. Le réflexe plantaire est nul.

L'état mental reste le même. La malade sait approximativement l'époque où on est et la date de l'année ; sait son âge, mais ne peut dire ni le jour ni la date de sa naissance sous prétexte qu'elle n'a pas ses papiers. Se croit à l'hospice de Rouen, n'a aucune idée du temps. Après un examen prolongé, elle prétend que le médecin vient d'arriver à l'instant auprès d'elle et ne se rappelle pas les questions posées ni les réponses qu'elle y a faites un instant auparavant. Elle prend le médecin pour une personne qu'elle aurait connue à Elbeuf et invente à ce sujet toute une fable niaise, affirme que c'est un pharmacien qu'elle connaissait, qu'elle allait lui porter des bouteilles, etc... L'instant d'après elle en dit exactement le nom qu'on a eu d'ailleurs jusque-là toutes les peines à lui apprendre.

Les propos qu'elle tient, spontanément, dans la conversation, sont sans rapport avec ce qu'on vient de dire, sans être toujours absolument incohérents en eux-mêmes.

Par exemple, elle dit tout à coup : « Ah ! votre sœur vous cherche... Ah ! non, je pense à la femme qui est partie, celle

qui habite à l'hospice, Mme X.. , mariée à un gendarme ». Comme on insiste pour lui demander de quoi il s'agit, elle déclare qu'elle s'est trompée et qu'il s'agit de la jeune fille de la concierge. A côté de cela elle répète avec exactitude une fable (*Le Renard et le Corbeau*) On constate de temps en temps des hallucinations manifestes. Au milieu de l'examen elle s'imagine entendre pleurer des enfants. La malade s'affaiblit considérablement; l'escharre sacrée fait des progrès rapides, véritable décubitus aigu. Le pouls s'accélère, devient incomptable, un peu irrégulier. La malade est somnolente, indifférente, ne répond qu'avec peine aux questions. La voix est deuenue presque aphone. La douleur des tendons, des muscles, des nerfs persiste.

L'insensibilité cutanée est à peu près complète.

La malade meurt de collapsus cardiaque le 8 décembre 1900. L'examen électrique des muscles n'a pu être fait que d'une façon très incomplète et avec un appareil rudimentaire. Cependant il a permis de constater une diminution énorme de la contractilité faradique des membres inférieurs comparativement aux membres supérieurs où elle persiste quoique certainement diminuée, (examen fait à une période avancée).

L'*autopsie* ne révèle aucune lésion importante du cerveau ni des viscères au point de vue macroscopique.

Examen microscopique (*en collaboration avec M. Crété*).

(Méthode de Nissl). Coupes du lobe paracentral.

Les aspects cellulaires sont très variables. A côté de cellules normales, on en voit un assez grand nombres d'autres présentant des aspects divers : tantôt c'est simplement de la raréfaction et une diminution de volume des granulations chromatophiles ; à un degré plus avancé, il y a d'une façon évidente

une chromatolyse centrale. On rencontre aussi un certain nombre de cellules poussiérieuses dont les bords sont arrondis et les prolongements peu visibles. Enfin ça et là on devine des corps cellulaires à la présence de granulations extrêmement fines représentant des ombres de cellules suivant l'expression allemande (Zellenschatten). Assez souvent les cellules en voie de chromatolyse présentent une déformation de leur corps et on leur voit accolé un nombre exagéré de cellules satellites. Ces cellules satellites sont représentées par des noyaux de trois espèces différentes, répondant bien à ce qui a été décrit par M Marinesco : noyaux clairs, assez gros à membrane très nette, contenant de fines granulations peu colorées. Une ou deux de ces granulations sont plus grosses que les autres et directement accolées sous la paroi. Ces noyaux sont environ moitié plus petits que les noyaux des cellules nerveuses. Ils sont absolument arrondis et on n'y distingue pas de corps cellulaire ; des noyaux plus petits que les précédents présentant des granulations extrêmement foncées; enfin, des noyaux plus petits encore, peu allongés et intensément colorés en bleu. Autour de ces derniers, on distingue assez fréquemment un corps cellulaire mal défini, constitué par de fines granulations. Les noyaux des cellules nerveuses présentent assez fréquemment un plissement de la paroi, mais en général, ils gardent leur forme et se montrent rarement repoussés à la périphérie. Cette description se rapporte surtout aux cellules de grandeur moyenne et aussi mais à un moindre degré aux grandes cellules.

Quant aux cellules géantes qui paraissent assez peu nombreuses, elles présentent elles aussi des apparences variées allant de la simple diminution des éléments chromatophiles à

un état de chromatolyse diffuse qui laisse toujours cependant persister des granulations de gros volume. Plus fréquemment que dans les autres cellules, le noyau est rejeté à la périphérie. Parfois la cellule légèrement rétractée se colore d'une façon particulièrement intense. Il y a une certaine congestion des vaisseaux. Leur paroi n'est pas infiltrée et il n'y a pas non plus d'infiltration bien manifeste du tissu nerveux.

Les lésions cellulaires de la moelle ne sont pas aussi accusées ni aussi généralisées qu'on aurait pu l'attendre d'après l'intensité des symptômes moteurs. Même dans la région lombaire, les grandes cellules pyramidales saines sont aussi nombreuses que les cellules en chromatolyse. Celles-ci présentent tous les degrés depuis la chromatolyse centrale jusqu'à la chromatolyse complète, avec coloration totale diffuse et aspect vitreux de la cellule, refoulement et déformation du noyau. Le maximum des lésions paraît être au niveau du groupe postéro-externe où parfois presque toutes les cellules sont dégénérées. Au niveau de la région cervicale, les lésions sont beaucoup moins étendues. Les noyaux des nerfs mixtes sont sains. Les noyaux des deux faciaux présentent un grand nombre de cellules en chromatolyse qui affecte la forme de chromatolyse avec rejet du noyau à la périphérie et dans certains cas disparition de ce noyau. Dans les noyaux des deux faciaux, le nombre des cellules en chromatolyse est à peu près égal à celui des cellules normales. Il est à remarquer qu'en général, la dégénération a lieu par groupes Le nerf pneumogastrique présente des lésions de dégénérescence intenses ainsi que les laryngés. La moelle examinée par la méthode de Weigert-Pal présente une raréfaction manifeste du cordon de Goll des deux côtés. Les racines, ayant été fixées par l'acide

osmique, ne présentent pas de lésions manifestes, aussi bien les racines antérieures que les racines postérieures. L'examen a porté sur la troisième lombaire et la sixième cervicale.

Les nerfs périphériques présentent de grosses lésions.

Les lésions musculaires ne sont pas aussi intenses qu'on aurait pu s'y attendre. Cependant il y a un nombre assez considérable de fibres minces et la striation est peu visible (muscle jambier antérieur).

OBSERVATION II (Communiquée par M. Trénel).

SOMMAIRE. — *Alcoolisme probable Affaiblissement mental progressif post-puerpéral. Tuberculose pulmonaire. A l'entrée, paralysie névritique des membres inférieurs, paralysie des membres supérieurs Hyperesthésie cutanée. Syndrome de Korsakoff caractéristique. Mort*

AUTOPSIE. — *Tuberculose pulmonaire. Névrite des membres inférieurs. Intégrité des racines rachidiennes lombaires. Chromatolyse relativement peu intense des cellules motrices de la moëlle lombaire. Chromatolyse des cellules cérébrales assez peu marquée.*

Mme L... âgée de 40 ans entrée le 9 décembre 1900 à l'Asile St-Yon. Morte le 19 février 1901.

Antécédents personnels. — Elle a eu une péritonite il y a 5 ans à la suite d'un accouchement. Les premiers troubles mentaux dateraient de cette époque. Elle eut alors le délire pendant quelques jours. Elle a guéri, mais depuis cette époque, elle aurait fréquemment, d'après le dire de son mari, des sortes d'absence.

Pendant trois ou quatre jours, elle devient bizarre, ne s'occupe plus de son intérieur, paraît absente, oublie les choses à mesure qu'on les lui dit. Ces symptômes disparaissent rapidement et Mme L... revient à son état normal.

Depuis un an l'état s'est aggravé. La malade perd tout à fait la tête.

A son entrée, la malade est très amaigrie. Elle présente un strabisme convergent (congénital). Les pieds sont tombants, ne peuvent être que difficilement relevés. La jambe ne peut être étendue complètement sur la cuisse. Ce mouvement d'ailleurs est faible et l'extension ne peut être maintenue. Le réflexe rotulien et le réflexe du tendon d'Achille sont nuls. Le réflexe plantaire est nul (pas de flexion des orteils), quoique la sensibilité de la plante soit conservée et que la malade retire vivement le membre dans cet examen. La force musculaire des membres supérieurs est affaiblie, de plus il existe un tremblement à assez grandes oscillations, beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite qui apparait quand la malade étend les mains, mais qui ne s'exagère pas dans les mouvements commandés. Les réflexes du poignet et du coude sont conservés. Il n'y a pas d'incoordination des mouvements des membres inférieurs, mais il existe un peu de maladresse des membres supérieurs dans les mouvements commandés. Par exemple, la malade n'arrive que très maladroitement à se toucher le bout du nez avec le doigt, quand on lui fait faire ce mouvement les yeux fermés. La marche est absolument impossible. La pression des muscles, des tendons et des nerfs est horriblement douloureuse.

La malade manifeste de plus une sensibilité très vive au pincement ou à la piqûre de la peau, sensibilité d'ailleurs, qui paraît exagérée par elle. La langue est un peu tremblante, le pouls

est fort (88). Les bruits du cœur sont bien frappés avec dédoublement du premier bruit.

La malade présente de la confusion dans les idées, mais surtout l'amnésie continue très marquée, et se livre dans ses récits à des affabulations tout à fait incohérentes. Elle dit avec exactitude son âge avec les dates, mais ignore parfaitement la date actuelle. Elle se dit tour à tour ici depuis 15 jours et depuis 1 jour. Elle prétend qu'elle gardait hier ses brebis (ce qui est une invention) et qu'elle a été prise brusquement de douleurs dans les jambes. Elle croit avoir déjà vu le médecin il y a 3 mois. Apercevant les sœurs infirmières, elle se dit dans une maison de sœurs à la Miséricorde (un des hôpitaux de Rouen). Elle reconnaît une des malades comme une domestique de la maison, etc... Elle s'exprime d'une façon joviale et accepte facilement qu'on lui fasse remarquer ses erreurs qu'elle remplace immédiatement par d'autres récits erronés.

Son état reste absolument le même les jours suivants. Elle se croit chez elle, raconte qu'elle a repassé le matin, qu'elle n'est ici que depuis 1/2 heure. Elle invente des personnalités pour l'entourage, raconte des visites imaginaires, accepte facilement tout ce qu'on lui dit sans faire preuve du moindre jugement.

15 *décembre*. — Elle raconte comme étant toute récente, une consultation qu'elle est venue prendre à Rouen autrefois pour ses yeux, fait toujours les mêmes erreurs du reste, indique de fausses adresses, se rappelle cependant une visite récente. L'état physique reste le même. Il apparait de la rétraction des muscles postérieurs de la cuisse et de la plante des pieds.

L'examen du 10 *janvier* 1901 peut être cité comme exemple de son état mental. Se croit ici depuis huit jours, se croit en septembre ou en novembre. Elle ne peut dire la saison, ni l'année.

Elle se dit née en 1860, cela lui fait 60 et quelques annés, 72 ou 73 ans. Elle était placée chez un M. S..., cultivateur, et demeurait chez son père, parce que son mari qui est berger chez un M. D..., est malade (en réalité, elle travaille chez elle à fabriquer des galoches et son mari est sabotier). Quand on lui donne son adresse exacte, elle prétend qu'elle n'habitait plus là depuis un an, parce qu'elle et son mari étaient placés chacun de son côté, et indiquant une malade, elle déclare : « Cette femme-là qui a le bonnet blanc, c'est la mère D... »

Questions : — Comment êtes-vous tombée malade ? — Depuis quelque temps, je me traînais, je ne mangeais presque pas, je suis devenue faible. — Vous levez-vous ? — Oui, je me suis levé deux ou trois fois hier ou avant-hier. J'ai été avec ma sœur à Elbeuf, dans la voiture à âne.

Elle ajoute sur une question qu'elle a pu aller à pied jusqu'à cette voiture. Elle reconnaît le médecin comme tel et déclare qu'il est le docteur D... (un des médecins de son pays). Elle se rend compte au moment même où on l'interroge, qu'elle est malade ; puis, comme on veut l'asseoir pour l'ausculter, elle explique qu'elle ne peut pas s'asseoir parce qu'elle a un appareil sous son lit, sans pouvoir dire quelle espèce d'appareil. On parvient à la faire lire, mais elle oublie à mesure. Elle écrit difficilement d'une écriture tremblante et remplie de fautes.

L'amaigrissement est devenu énorme, l'atrophie des membres inférieurs est considérable. Ses pieds sont très contracturés, mais la malade peut encore soulever ses jambes avec quelque peine d'ailleurs au dessus du plan du lit, les croiser et les décroiser. Ses mains ne tremblent presque plus, mais la force musculaire en est extrêmement diminuée. Les réflexes des

membres inférieurs sont nuls. Les muscles, les tendons sont toujours extrêmement douloureux.

On a constaté depuis quelques jours que la respiration était très accélérée. Elle est aujourd'hui à 40. De plus, il y a un rythme respiratoire tout à fait particulier. Dans l'inspiration, il y a soulèvement en masse de toute la paroi costale qui retombe dans l'expiration, sans qu'il y ait de tirage diaphragmatique ni de bombement de l'épigastre. La langue est sèche et fendillée, le tremblement y a disparu.

12 *janvier*. — Les fables inventées par la malade sont de plus en plus incohérentes et bizarres, elles s'accompagnent de la même amnésie. Elle dit avoir été ici à deux reprises, il y a une semaine. L'instant d'après, elle se dit de retour depuis quinze jours. Elle est ici chez M. L... C'est un café-restaurant pour les voyageurs. Comme on lui demande pourquoi elle est couchée en plein jour, elle répond que c'est parce qu'elle est dans la chambre réservée aux enfants. Elle a vu ce M. L... fils que sa dame est venu voir, et comme on lui demande comment elle sait cela, elle répond qu'elle ne l'a pas vu. Ce matin même, elle croit aussi avoir vu son père, son mari et son petit garçon. Celui-ci a roulé dans la cour et s'est blessé au bras. Elle prétend avoir couché cette nuit avec sa cousine et avoir parlé toute la nuit du médecin. Elle prend celui-ci qui l'interroge, pour un M. S...: quand on la détrompe, elle déclare qu'il remplace ce M. S... Elle ne sait plus le nom du médecin et ne le reconnaît que vaguement quand on le lui dit, quoiqu'elle l'ait appris maintes fois.

Souvent on constate d'une façon manifeste, qu'elle fait de ses rêves des réalités, au moment même où on l'interroge, et qu'elle invente ses fables au fur et à mesure. Par exemple, comme on l'interrogeait sur ses rêves, elle déclare rêver souvent de bêtes,

de chevaux, etc... Elle dit qu'elle a rêvé d'un gros chien couleur jaune, qui se jetait sur elle, et instantanément, elle se met à raconter qu'elle connait ce chien et que son enfant qu'elle tenait à la main en a eu grand peur, pour un peu elle le croirait présent en ce moment. Comme on vient de lui faire avouer qu'elle rêvait de rats, elle raconte immédiatement qu'elle vient d'en voir passer.

Aujourd'hui, elle a dit son âge avec exactitude, mais prétend habiter Louviers, et quand on lui cite son domicile actuel, elle dit; cette fois, l'avoir quitté depuis deux ans. Son mari n'est plus berger, mais elle le dit placé dans le commerce des draps, chez un M. B... Elle se dit avoir été deux fois mariée, puis trois fois. Comme on parait s'en étonner, elle corrige son erreur, sans conviction d'ailleurs. Elle a dû se marier en 76 ou 77, à l'âge de 67 ans ; comme on parait s'en étonner, elle se corrige en disant successivement 37 puis 27 ans, ajoute que c'est le médecin ici présent qui l'a accouchée. Elle oublie à mesure ce qu'on lui fait lire, se trompe très souvent dans des calculs très simples qu'on lui fait faire (par exemple $3 \times 7 = 32$).

22 *janvier*. — La malade s'affaiblit. Son amaigrissement est énorme et l'atrophie musculaire, pour ainsi dire, complète aux membres inférieurs. Le tremblement des membres supérieurs s'est très atténué. L'état mental reste absolument le même. La malade ne se rend nullement compte de son état.

Elle raconte qu'elle s'est levée l'instant d'auparavant. Quand on lui demande pourquoi elle est couchée et qu'on l'invite à se ever et à marcher, elle refuse sous prétexte qu'elle est fatiguée. Elle fait toujours des erreurs de personnalités, répétant ses anciennes inventions ou en imaginant de nouvelles. Elle soutient par exemple que son mari est maçon, qu'elle est ici depuis qua-

rante huit heures. Cette maison est celle d'un nommé Picard, et l'on y soigne les malades. Elle prétend travailler dans la journée, fait toujours de grossières erreurs sur son âge, sa date de naissance, la date du jour. A côté de cela, elle se rappelle assez bien de gros faits antérieurs, la mort de M. Carnot, la guerre de 1870, mais on ne peut diriger son interrogatoire à ce sujet d'une manière intéressante, car elle est sans instruction. Elle récite sans faute sa prière, une chanson (*Au Clair de la Lune*). Elle répète bien une phrase courte. Elle reconnaît un atlas de géographie, mais se refuse à lire sous prétexte que les caractères sont trop petits. L'écriture est tout à fait défectueuse et tremblée.

Février. — L'état reste absolument stationnaire. La malade conserve la même facilité d'inventer des romans d'ailleurs sans intérêt. Par exemple, à l'examen fait le 15 février, elle raconte qu'elle vient d'aller cueillir des pommes avec la sœur et deux jeunes filles dans son enclos qui est à côté de la maison et qu'elle est allée se coucher après deux heures de travail. Elle est ici dans l'hospice du docteur X... Elle y est depuis deux ans et demi pour une fièvre typhoïde. Elle ne se rappelle pas spontanément le nom du médecin qui est en train de l'interroger et quand on le lui dit, elle l'oublie l'instant d'après, ce qu'elle explique en disant qu'elle a d'autres idées en tête. Le pouls est à 96, la respiration est accélérée, l'état de la motilité reste le même. A l'auscultation, il y a des râles dans toute la poitrine (on n'a pu vérifier la tuberculose, puisque la malade ne crache pas).

Le 19 *février*, jour même de sa mort, l'état mental était resté le même. Elle racontait que la femme du médecin était venue la voir, qu'elle avait eu la visite de son mari, etc. . La mort est survenue dans un état cachectique avancé.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire, symphyse pleurale.

Foie gras. Calcul dans la vésicule biliaire.

Reins pâles, se décortiquant bien.

Rate grosse et molle.

Cœur pâle.

Substance cérébrale molle, sans adhérences de la pie-mère.

Eschares au début.

Examen microscopique (*en collaboration avec M. Crété*). — Il y a d'une façon évidente, une diminution des granulations colorées dans les cellules de moyen volume, mais si l'on considère les cellules géantes du lobe paracentral on constate que celles-ci ne paraissent pas diminuées de nombre et que beaucoup d'entre elles ne présentent pas de lésions manifestes. Sur quelques-unes, il y a migrationdu noyau à la périphérie avec chromatolyse centrale à peine marquée. Quelques-unes présentent une chromatolyse un peu plus accentuée, mais rarement totale, et les prolongements en sont, comme amincis.

Au niveau de la troisième frontale, plus particulièrement, il y a augmentation des noyaux.

Dans la moelle lombaire, on rencontre un certain nombre de cellules en chromatolyse, mais qui sont en moindre nombre que les cellules saines. La chromatolyse est généralisée. La substance non colorable a pris une teinte bleue diffuse. Le noyau est refoulé à la périphérie et le corps cellulaire est souvent très déformé. Dans la moelle cervicale les lésions sont moins marquées encore. L'examen des nerfs périphériques montre une névrite parenchymateuse, intense pour le membre inférieur (nerf du triceps fémoral), tandis que les lésions sont très faibles pour le membre supérieur (branche motrice du radial). Comme nerf de la sensibilité, c'est le nerf collatéral dorsal du gros orteil qui a été examiné. Il ne présente presque plus de fibres saines.

OBSERVATION III (Communiquée par M. Trénel).

SOMMAIRE. — *Alcoolisme. Polynévrite très prédominante aux membres inférieurs. Paresthésie. Tachycardie. Syndrome de Korsakoff caractéristique. Amélioration rapide mais très incomplète au point de vue mental.*

Mme D..., âgée de 62 ans, entrée à l'asile Saint-You, le 2 octobre 1900.

Antécédents héréditaires. — La mère a été internée à l'asile. Les renseignements que nous avons trouvé sur elle sont insuffisants pour établir un diagnostic précis. Sa sœur qui vient la voir est d'allure un peu bizarre.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Elle se livre à des excès alcooliques, et boit exclusivement du vermouth en grande quantité. La date de début des premiers troubles mentaux n'a pu être précisée exactement. Elle avait des hallucinations et a du présenter dès ce moment des troubles sensoriels, car elle demandait continuellement à s'essuyer les mains qu'elle croyait être sales. Elle avait des cauchemars la nuit, du délire, négligeait tout. La paralysie des membres inférieurs daterait de six semaines.

A son entrée la malade est calme. Elle a la face enluminée, couperosée et un air jovial qui contraste avec la gravité de sa situation, dont elle se rend mal compte. « Elle sait qu'elle est à l'asile St-Yon dans la maison de fous. On l'a amenée ici parce qu'elle était un peu fatiguée ». Elle paraît trouver d'ailleurs la chose assez naturelle, car son mari a été employé autrefois à l'asile des hommes. Il a

quitté cette situation depuis de nombreuses années, cependant la malade croit qu'il est toujours dans ce poste. Elle est tout à fait désorientée au point de vue du temps et des dates. Elle ne dit même pas avec exactitude son âge, se donne 60 ans et ne sait si elle est de 1837 ou 38. Elle ne peut préciser la date actuelle et quand on insiste à ce sujet, elle répond que « depuis qu'elle est ici, elle a perdu le nord ». Elle ne se rend nullement compte de l'heure ni des petits événements de la journée, affirme qu'elle n'a pas encor vu les médecins ce jour là, tandis que la visite générale a été faite il y a très peu d'instants et qu'elle a été interrogée. Elle soutient qu'elle vient de déjeuner quand il n'en est rien. Elle croit reconnaître des personnes qu'elle n'a jamais vues antérieurement. Elle croit, par exemple, avoir déjà vu le médecin « ou quelqu'un qui lui ressemblait ». Elle croit être ici pour la deuxième fois. Elle spécifie « qu'elle y a séjourné pendant une semaine, qu'elle est sortie parce qu'il y avait une fête à la maison et qu'elle y est revenue depuis huit jours ». Si elle a quelque conscience de ses troubles intellectuels, elle ne se rend, au contraire, nullement compte de son impotence musculaire. Elle affirme, en effet, « qu'elle marche bien, qu'elle se lève quand on le lui dit, qu'elle se lèvera tout à l'heure ». En réalité, elle s'écroule et on a toutes les peines du monde à l'empêcher de sortir de son lit.

Il existe une parésie très marquée, mais la paraplégie n'est cependant pas absolue ; en effet, les mouvements au lit ne sont pas complètement abolis, mais extrêmement faibles et limités. Les réflexes rotuliens et ceux des membres supérieurs sont nuls, le réflexe plantaire est normal, (flexion des orteils). Aux membres supérieurs, la parésie quoique moins considérable est aussi très

marquée. Il existe une légère incoordination dans les mouvements commandés des membres supérieurs et inférieurs.

La sensibilité est extrêmement affaiblie dans tous ses modes sur toute l'étendue du corps mais surtout aux extrémités. La plante du pied et l'abdomen sont au contraire très douloureux. De plus, la malade présente des troubles subjectifs intenses de la sensibilité. Elle croit qu'elle est attachée par les pieds, demande toujours qu'on la détache et refuse de se rendre à la réalité des faits quand on lui démontre qu'elle n'est pas attachée; quand on l'a recouverte, elle renouvelle la même réclamation. Elle passe son temps à s'essuyer les mains en prétendant qu'elles sont enduites de couenne de lard ou de purée de pommes de terre. Non seulement elle sent que ses mains sont sales, mais elle le voit et chaque fois qu'on veut lui prendre le pouls; elle s'y refuse en disant qu'on va se salir en la touchant. Il existe une sensibilité extrême des muscles, des tendons et des nerfs des membres inférieurs. La même sensibilité existe aux membres supérieurs mais notablement moins marquée.

Le pouls est assez rapide (100) mais plein. Les bruits du cœur sont un peu sourds il existe du dédoublement du deuxième bruit. On constate fréquemment que la bouche est tirée à droite quand la malade parle, et cela parait être un petit tic et non la manifestation d'une légère paralysie faciale. Il existe du tremblement des mains et de la langue, pas de troubles pupillaires ni de dyschromatopsie.

L'état reste absolument stationnaire les jours suivants.

Au *15 octobre*, par exemple, elle ne se rappelle plus depuis quand elle est à l'asile, elle dit tout à fait au hasard « qu'elle y est depuis un mois à peu près. Elle y est venue parce que ses jambes sont douloureuses depuis longtemps, elle s'est levée hier

et elle a marché ». Si on veut lui faire préciser elle répond qu' « elle a dû aller avec les sœurs ». Elle a, en effet, essayé de se lever et est tombée au pied son lit. Elle prétend avoir vu plusieurs fois une personne qu'en réalité elle voit seulement pour la deuxième fois. Elle avoue d'ailleurs qu'elle répond en l'air et que tout ce qu'elle dit n'est pas précis et ainsi de suite. L'état physique est stationnaire, pouls = 96.

17 octobre. — Prétend avoir été, ce matin, toute seule à Rouen, dans une rue qu'elle désigne. Elle prétend avoir reçu des visites de sa famille (ce qui est faux), qu'elle vient de manger des bonbons (faux), se trompe sur son adresse et prétend ignorer le nom de la rue de son véritable domicile. Elle est venue chez le médecin, ce matin, faire une course pour la maison. Elle donne une adresse imaginaire et comme on lui déclare qu'on ne l'a pas vue « c'est parce qu'on lui a dit que le médecin n'y était pas ». Elle ignore l'année, le mois, se croit en janvier ou février 1838. Elle fait toujours les mêmes erreurs au sujet de la profession de son mari. Elle exprime toujours de la même façon bizarre ses troubles de la sensibilité. Pouls = 92.

22 octobre. — Son état physique reste stationnaire.

Depuis son entrée elle se montre très malpropre, gâte, se souille avec ses matières fécales qu'elle pétrit dans ses mains et s'onanise jour et nuit d'un façon éhontée.

Même état d'amnésie, même appréciation approximative du temps, mêmes erreurs de dates, ne peut se rappeler le nom du médecin ou des infirmières qu'on lui a appris précédemment, ne le reconnaît que quand on le lui dit, prétend être allée ce matin à la messe avec les sœurs, prétend que le médecin est déjà venu la visiter chez elle. Elle prend jusqu'à un certain point conscience de sa maladie, pleure facilement et dit qu'elle ne guérira jamais.

La contracture commence à s'établir dans les membres inférieurs, mais elle prédomine au niveau des muscles postérieurs de la cuisse. La jambe est tenue fléchie et les tentatives de réduction font pousser des cris de douleur à la malade. Les troubles de la sensibilité sont moins marqués, mais l'examen n'en peut être fait avec exactitude, car la malade répond d'une façon tout à fait variable et contradictoire. On peut établir en thèse générale, qu'en dehors d'une hyperesthésie de la paume de la main et de la plante du pied, les troubles de la sensibilité sont plus marqués aux extrémités des membres qu'à la racine. Du moins la sensibilité à la douleur y paraît abolie pour reparaître peu à peu vers le tronc. La sensibilité tactile persistant en des points où la sensibilité à la douleur a disparu, en particulier à la face externe de la jambe et à la face antérieure du bras. A la face, la sensibilité est normale. Pouls = 84.

5 *novembre*. — Les troubles subjectifs de la sensibilité sont tellement accentués que la malade les manifeste aussitot qu'on s'approche de son lit pour l'examiner et avant même qu'on lui adresse la parole. Elle ne veut pas qu'on lui prenne le pouls, parce qu'elle a les mains sales et couvertes de purée de pommes de terre. Elle prétend être en sueur tandis que la peau est au contraire très sèche, et que les infirmières affirment qu'elles n'a pas de transpiration nocturne. Elle prétend qu'il y a du savon noir dans son lit.

Objectivement, la sensibilité à la douleur est extrêmement affaiblie aux membres inférieurs, la plante des pieds restant extrêmement sensible ainsi que l'abdomen. La sensibilité reparaît aux membres supérieurs, mais un examen précis reste impossible en raison de l'inattention de la malade. Les muscles, les tendons et les nerfs restent très douloureux, ne fut-ce qu'à la sim-

ple percussion. Les réflexes tendineux sont nuls. Le réflexe plantaire est conservé. La malade prétend toujours qu'elle marche. « Elle a été hier à Darnétal souhaiter la fête à M. D... ». Quand on lui demande qui est cette personne, elle répond que « c'est le patron de cette maison et que nous sommes ici dans une déviderie » ; et, comme on lui fait remarquer que cette salle contient plusieurs lits, elle répond du ton le plus naturel que « s'il y a des lits, c'est pour que ceux qui habitent loin puissent rester à coucher ». On lui dit que ce n'est pas cela ; elle répond alors « qu'elle doit avoir eu un cauchemar », et elle reconnaît que les personnes qui l'entourent sont des malades, des sœurs infirmières. On lui demande alors comment il se fait qu'il puisse y avoir des malades dans une déviderie. Elle explique les choses toujours avec le même naturel : « c'est que M. D... garde ces personnes et les fait soigner. » Elle affirme avoir déjà vu le médecin qui l'interroge, non seulement ici, mais chez elle. Elle le reconnaît bien comme médecin. Celui-ci veut lui faire dire son nom qu'on lui a dit bien des fois. Elle prétend alors qu'il lui échappe. On lui demande comment elle le connait. « C'est qu'elle a cherché dans l'annuaire et qu'elle l'a appris dans le monde. » Au cours de l'examen elle répète avoir été à Darnetal à l'occasion d'une fête qu'on y donnait. On lui dit que c'est un cauchemar. Elle en convient avec la plus grande facilité. Elle se plaint alors d'avoir un bruit de rivière dans la tête et que « ça lui fait perdre les idées ». Elle avoue avoir des cauchemars la nuit mais il est impossible de les lui faire décrire. A moins d'être surveillée de très près, elle continue à se livrer à un onanisme effréné.

15 *novembre*. — Même état. La rétraction des membres supérieurs s'accentue.

Décembre. — Au cours du mois de décembre l'état reste à peu près le même et l'examen suivant donne bien la note de la situation. « Elle ne sait pas depuis quand elle est ici. Ignore l'année, croit être vers la fin de décembre. Elle le sait parce qu'elle a entendu parler de Noël il y a un ou 2 jours (examen du 25 décembre) ; ne sait pas depuis quand elle est à l'asile St-Yon, croit avoir toujours été dans la même salle (inexact). Quelques instants après au cours de l'examen, elle dira au contraire qu'il lui semble qu'on l'a changée de dortoir. Elle sait que sa sœur est venue la voir il y a huit jours (exact). Sur interpellation elle dit que « la personne qui l'examine doit être médecin » mais elle n'affirme pas. Elle ne peut dire le nom d'aucun des médecins de l'Asile (dont un au moins devrait lui être connu depuis longtemps). Elle est incapable de se rappeler les circonstances de son entrée. Elle suppose être à l'Asile et reconnaît qu'à son arrivée elle avait perdu toute conscience. Elle se donne 57 ou 58 ans. Elle donne une fausse date de naissance et ne peut dire l'année. Elle donne exactement sa date de mariage (26 avril 1870). Elle reconnait avoir déménagé peu de temps avant d'être tombée malade, mais cela est dit dubitativement. Elle pense que la mémoire lui faisait alors bien plus défaut que maintenant. Elle ne songeait alors ni à son mari ni à sa maison. « Actuellement toutes ses idées lui viennent bien. » Elle demande spontanément si le médecin va à l'asile des hommes et s'il y voit son mari. On lui demande pourquoi elle fait cette question. Réponse : « Il donnait des leçons de musique (exact). Je ne sais pas s'il en donne toujours. Je crois qu'il a remercié, il y a de cela 18 mois ; (en réalité il y a plus de 10 ans) mais je dis cela bien en l'air.... Oui il a remercié parce qu'il avait trop de besogne. »

Interrogée sur les occupations de son mari, elle raconte qu'il avait un orchestre, qu'il dirigeait dans les fêtes — qu'il donnait des leçons de musique — qu'il savait jouer de tous les instruments (à vérifier).

Les renseignements qu'elle donne sur sa famille sont exacts. On tente de lui faire réciter quelque chose par cœur, on ne parvient à lui faire dire que le premier membre de phrase du Pater, après quoi elle s'arrête et ne parvient pas à le répéter quoiqu'on lui souffle. « Je croyais que je le savais, mais ça ne vient pas. »

Si on la quitte pendant quelques instants pour examiner une autre malade et qu'on revienne auprès d'elle, elle ne peut dire approximativement depuis quand on l'a quittée, ni même si on l'a déjà interrogée. Elle se rappelle cependant que, dans l'intervalle il est passé quelques personnes devant son lit (la visite du médecin en chef). Elle ne peut dire ce que c'était que ces visiteurs, croît qu'ils n'étaient qu'au nombre de deux quand en réalité il y avait six personnes. Elle se rappelle cependant (avec exactitude) qu'on ne lui a pas parlé. Elle se fait absolument illusion sur son état mental, déclare qu'elle n'a jamais déraisonné depuis qu'elle est ici, qu'elle a été seulement un peu abattue. Elle croit toujours qu'elle s'est levée plusieurs fois dans le courant de la journée. Elle croit toujours aussi avoir déjà rencontré le médecin sans pouvoir définir où et dans quelles circonstances.

Une chose à noter et qui aurait pu être signalée à propos de chacun des examens et qui paraît plus accentuée aujourd'hui c'est que la malade répète pour ainsi à chaque instant les mêmes choses oubliant à mesure qu'elle vient de les dire.

Au cours de l'interrogatoire d'une dizaine de minutes, elle demande peut-être vingt fois « Pourquoi me faites vous cette question », soit qu'on lui pose des questions différentes, soit qu'on

redise une question qnelconque qu'on lui a déjà posé précédemment. Elle ne s'aperçoit nullement qu'elle se répète, même quand on tâche de le lui faire constater. Elle trouve comme explication « qu'on lui a répondu vaguement. »

Comme troubles de la sensibilité, il persiste une sensation de fourmis dans les mains. La malade ne parle pas en ce moment des sensations spéciales qu'elle accusait autrefois. La sensibilité reste toujours extrêmement affaibli aux membres inférieurs, elle reparaît au contraire aux membres supérieurs. Les réflexes sont toujours abolis. Le réflexe plantaire est normal à droite, peu marqué à gauche où la sensibilité cutanée est moindre. Il existe du tremblement des mains et légère incoordination qui se manifeste d'une façon caractéristique dans les essais d'écriture qu'on peut obtenir de la malade.

Cette écriture est tremblée, irrégulière, fautive. Elle rappelle l'écriture des paralytiques généraux. La courte phrase qu'on dicte doit être dictée mot par mot. La langue tremble peu. Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière. Le réflexe consensuel existe. Le pouls est bon, un peu rapide (94 à 100). Rétraction des membres inférieurs. Persistance de la douleur des nerfs, tendons et muscles.

9 *janvier 1901.* — L'interrogatoire donne les mêmes résultats. Elle croit être ici depuis trois semaines ou un mois. Elle ne se souvient pas d'avoir été changée de salle, ne se rappelle pas le nom du médecin etc. Mêmes signes physiques.

22 *janvier 1901.* — L'amélioration qui commençait ces jours derniers s'est accentuée. La malade commence à mieux s'orienter, dit assez exactement les dates importantes de son existence et ne fait plus que des erreurs peu importantes, mais on peut

faire naître facilement dans son esprit des doutes sur les évènements les plus importants.

Par exemple, comme elle dit s'être mariée en 1870, année de la guerre, on peut ébranler sa conviction en disant que la guerre a eu lieu en 1860, cependant elle paraît se rappeler assez bien les gros évènements de la guerre. Elle croit toujours avoir connu le médecin avant de venir à l'asile, mais ne peut en dire le nom que quand on lui souffle la première syllabe ; elle sait quel est celui des médecins présents qui vient l'interroger le plus souvent ; se rappelle une visite récente de son mari et les circonstances de cette visite. Elle sait que celui-ci a quitté son emploi dans les asiles depuis plusieurs années.

On peut lui faire décrire avec exactitude le trajet à suivre entre deux points éloignés de la ville. On n'arrive pas à lui faire réciter sa prière ni à la faire lire et ce n'est qu'avec difficulté qu'on obtient d'elle des réponses à des calculs très simples dans lesquels elle fait souvent des erreurs ($7 \times 6 = 36$), pour calculer 9 fois 9, elle tâche d'additionner de tête le nombre 9 sans y parvenir. Elle refuse de faire par écrit une addition des plus simples Elle a bien conscience elle-même des lacunes de son intelligence ce qu'elle exprime en disant : « J'ai toute ma tête, mais ma raison me fait défaut. Je ne souffre pas, il y a quelque chose de léger dans moi ».

Au mois de *février*, amélioration progressive au point de vue physique et mental, amélioration qui s'accentue le mois suivant.

L'examen du 6 mars donne bien l'idée de son état mental à ce moment.

Elle ne peut dire ni le jour ni l'année de sa naissance, croit avoir 50 ans, dit successivement qu'elle est ici depuis cinq mois

et depuis deux mois, croit être en automne ou au commencement de l'été, puis, quand on lui montre les arbres dans la cour, elle reconnaît qu'on doit être au mois de mars.

Elle ne se rappelle pas le nom du médecin et paraît même à peine le reconnaître quand on le lui dit. Elle se rappelle qu'il y a eu un président de la République qui s'appelait Carnot et qui a été assassiné sans pouvoir dire à quelle époque. Elle ne peut dire les noms de ses prédécesseurs ni de ses successeurs. Elle ne se rappelle pas exactement les visites de sa famille. Elle ne donne que des renseignements un peu vagues sur ses changements de domicile. Elle dit elle-même qu'elle a la mémoire courte pour l'instant, mais qu'elle se rappelle peu à peu les choses qui se sont passées chez elle.

Au point de vue de la motilité, il existe encore une parésie généralisée, avec un peu de contracture en flexion des membres inférieurs. Paresthésie généralisée et hypoesthésie. Abolition des réflexes tendineux. Le réflexe plantaire se traduit par la flexion des orteils, le pouls est normal (68).

Au mois d'*avril*, l'état reste le même. La malade demeure tout à fait inoccupée, paraissant ne penser à rien, gardant toujours un abord affable. L'interrogatoire donne des résultats analogues aux précédents et qu'il serait fastidieux de reproduire. L'état de la motilité s'est amélioré et la malade commence à pouvoir marcher un peu.

MARCHE

Nous avons jusqu'ici décrit la maladie surtout à sa période d'état. Le début paraît en être assez variable. Korsakoff accorde une importance particulière aux vomissements qu'il aurait rencontré d'une façon constante. En effet, en considérant ces vomissements comme un symptôme cérébral, il y aurait lieu d'en tenir compte. Mais ils sont loin d'avoir été notés avec fréquence par les autres auteurs, et en particulier, nous n'en avons pas trouvé dans les observations qui sont données ici. Il faudrait peut-être les mettre souvent sous la dépendance de la gastrite alcoolique.

Les symptômes mentaux prémonitoires n'ont rien de caractéristique. Le début peut être insidieux comme nous l'avons déjà indiqué ou au contraire très rapide. Les troubles physiques se développent parallèlement aux troubles mentaux, l'arrivée à la période d'état paraît en tout cas se faire vite et les symptômes ayant atteint une certaine intensité restent les mêmes sans

aggravation ni amélioration pendant un temps très long. Il est difficile d'indiquer avec quelque précision la durée de cette période d'état. Parfois dans les cas graves, qui évoluent en quelques semaines, les malades tombent aux derniers jours de leur existence, dans un état d'apathie et de somnolence qui dure jusqu'à la mort ; ou bien, au contraire, ils gardent jusqu'au dernier moment leur aptitude à inventer toutes sortes d'affabulations. Il en était ainsi pour notre malade L... (observation II) qui, le jour même où elle mourait, racontait encore ses fables habituelles. Dans les cas moins graves à évolution plus lente, cet état psychique dure des mois et des mois sans changement. Peu à peu les malades retrouvent un certain pouvoir critique, non seulement acceptent les corrections qu'on leur propose pour leurs idées, mais se corrigent eux-mêmes spontanément. Ils commencent à retenir les noms des personnes qui les entourent, prennent part d'une façon plus active à la vie du service, retrouvent les souvenirs qu'ils avaient perdus, gardent mieux la mémoire des faits journaliers et enfin par une progression lente reviennent à leur état antérieur.

Mais cette marche favorable n'est guère celle que l'on observe chez les malades envoyés dans les asiles. En général, ils sont amenés dans un état grave et le retour *ad integrum* paraît être l'exception. Seuls les cas peu intenses paraissent avoir chance de guérir complètement ; pour les autres il reste habituellement une faiblesse mentale. On peut se demander si certains

de ces cas ne représentent pas des faits qu'on a décrits comme pseudo-paralysie générale névritique (1).

Nous ne saurions insister longuement ici sur l'évolution des troubles névritiques même, il faudrait pour cela produire des observations soigneusement étudiées au point de vue des réactions électriques, ce que nous n'avons pas été en mesure de pratiquer. Il ne semble pas d'ailleurs qu'il y ait de particularité à différenciant notablement les névrites qui nous occupent ici des polynévrites périphériques vulgaires. Il n'y a apparemment à noter que des différences d'extension et d'intensité des lésions des nerfs. Cependant certains cas à marche rapide demanderaient une étude particulière. Le type en est assez bien réalisé par notre observation D.., (observation I). Dans de tels cas, le début presque soudain, la marche extraordinairement rapide, la participation des nerfs bulbaires font que la question se pose, si on a affaire à une polynévrite ou à une poliomyélite aiguë, et il est certain que les premiers observateurs ont forcément confondu les deux choses et qu'on a longtemps décrit comme « paralysie ascendante aiguë » des faits bien différents. Mais aujourd'hui même, le doute est parfois possible, et tout récemment encore le professeur Raymond (2), entre autres intitulait l'une de ses leçons : polynévrite ou poliomyélite antérieure aiguë.

(1) Klippel. — *Gazette hebdomadaire*, 1893.

(2) *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, janvier 1899. — Giovanni, *Bolletino delle cliniche, an XV*, n° 6, juin 1899.

Pour en revenir à la marche clinique de l'affection, on voit donc, dans ces cas rapides, les troubles de paralysie se généraliser et s'accentuer jusqu'à l'issue finale par symptômes bulbaires. Dans les cas à évolution plus lente, la polynévrite présente la même marche que dans les cas habituels.

Quant aux rapports de la polynévrite avec les troubles mentaux, Korsakoff a montré qu'ils étaient absolument variables et que tantôt l'un, tantôt l'autre des syndromes arrivait le premier à la guérison. Il admet que dans la plupart des cas, ce sont les troubles psychiques qui durent le plus longtemps. Haury indique que la guérison serait la règle, mais [que quelquefois elle ne survient qu'au bout de deux ou trois ans et que la mort serait due plutôt à une maladie intercurrente.

D'après les cas que nous donnons ici, ainsi que plusieurs autres, qui nous ont été communiqués par M. Trénel, le pronostic paraît être infiniment plus sombre. Il est vrai de dire que ces cas, observés dans les asiles publics, sont tous extrêmement graves d'emblée. En voici le relevé :

1° Polynévrite alcoolique d'origine médicamenteuse avec concomitance de néphrite suppurée, tachycardie. Mort en quelques semaines ;

2° Alcoolisme et syphilis. Mort par collapsus cardiaque en quelques semaines ;

3° Psychose polynévritique alcoolique suraiguë. Mort par arrêt du cœur ;

4° Psychose polynévritique aiguë. Mort en quelques jours par arrêt du cœur ;

5° Psychose polynévritique avec hallucinations zoopsiques intenses. Symptômes cardiaques graves, la malade est emmenée mourante par sa famille ;

6° Psychose polynévritique alcoolique. Morte cinquante deux jours après son entrée ;

7° Psychose polynévritique alcoolique. Morte dix jours après son entrée ;

8° Psychose polynévritique (pseudo-tabes alcoolique). La malade est restée quelques jours à l'asile et est morte quelque temps après sa sortie ;

9° Névrite alcoolique des membres inférieurs. Dépression mélancolique. La malade est entrée en voie de guérison très avancée et n'a été observée que quelques jours. Nous ne la citerons que pour mémoire ;

10° L..., psychose polynévritique type. Morte deux mois et dix jours après son entrée. (Tuberculose pulmonaire) ;

11° D..., psychose polynévritique, forme suraiguë (forme paralysie ascendante). Morte trente-huit jours après son entrée ;

12° D..., psychose polynévritique type, actuellement en voie de guérison, quant à la polynévrite, mais avec affaiblissement intellectuel, probablement définitif.

Si nous récapitulons ces douze cas, nous constatons huit morts survenues au bout d'un mois à quelques semaines, de plus une malade est sortie mourante (n° 5) l'autre mourut peu de temps après sa sortie de l'asile

(n° 8) ; une malade (n° 9), paraît avoir eu une névrite simple sans troubles mentaux bien graves ; seule la dernière malade est en voie de guérison, mais on peut pronostiquer un déficit intellectuel définitif. Cette petite statistique impose un pronostic extrêmement sombre, mais il faut le répéter, il y a peut-être là, en réalité, une sorte de sélection de cas graves.

Citons à titre de comparaison quelques statistiques étrangères : sur sept observations de Tilling, il y eut deux morts rapides, trois passages à l'état chronique, deux dont la suite n'est pas connue. Dans son second mémoire il indique un passage à l'état chronique (traumatisme et alcoolisme), une amélioration (traumatisme et syphilis), une guérison (psychose polynévritique consécutive à l'usage immodéré d'alcool, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde).

Jolly, dans son important travail, indique dans son troisième groupe la mort de 12 hommes sur 46 et de 7 femmes sur 14 (le quart de décès chez les hommes et la moitié chez les femmes).

Les cas de Korsakoff sont trop complexes au point de vue étiologique pour que nous les donnions en détail ici. Il serait trop long d'énumérer tous les cas que nous avons pu réunir. Ihalbein a donné récemment trois cas suivis de mort en quelques semaines. Verner de même, a donné un cas suivi de mort.

En résumé, le pronostic paraît être extrêmement grave.

SYNDROME DE KORSAKOFF DANS LES POLYNÉVRITES PUERPÉRALES ET GRAVIDIQUES

Il nous a paru intéressant, quoique nous n'ayons pas de faits personnels, de réunir et de résumer un certain nombre d'observations où le syndrome de Korsakoff a paru dans l'état gravidique ou puerpéral. Comme on le verra dans un instant elles ont un très grand intérêt historique.

En tête de ce chapitre nous donnerons l'observation de Desnos-Joffroy-Pinard qui a une valeur particulière, car elle paraît être la première connue où aient été signalés les troubles mentaux qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de psychose polynévritique.

OBSERVATION IV (Résumée.)

Desnos-Joffroy-Pinard. D'après la thèse de Tuilant. 1891.

Il s'agit d'une dame X... qui à la fin du sixième mois de sa troisième grossesse, après des vomissements incoercibles, est frappée d'impotence des membres inférieurs sous forme de paraplégie flasque accompagnée d'atrophie musculaire portant sur le mollet, la face antérieure de la jambe et le triceps crural, avec douleurs dans les membres paralysés. La sensibilité cutanée était intacte, la sensibilité électrique respectée, mais il y avait abolition de la contractilité. L'exploration était douloureuse. Quelques jours plus tard les membres supérieurs furent envahis à leur tour. Toutefois l'impuissance musculaire y était moins complète qu'aux membres inférieurs. La malade accusait de même des douleurs dans les bras. La contractilité électrique n'y était détruite qu'en partie. La vessie et le rectum demeuraient indemnes; pas d'eschares, pas de fièvre.

Arrivons à l'état mental. « Les fonctions psychiques elles-mêmes avaient subi un choc qui se traduisait par un affaiblissement des fonctions intellectuelles portant particulièrement sur la mémoire. Si la mémoire des faits anciens était encore relativement conservée, celle des faits actuels, quotidiens, était perdue. Cet oubli des choses récentes donnait parfois à la conversation de Mme X... une tournure singulière. Dans son entourage on la considérait volontiers comme une délirante. En fait, c'était surtout *une amnésique avec affaiblissement de l'intelligence.* »

On provoqua l'accouchement prématuré. Les suites de couches furent normales, mais ce n'est qu'après deux années de

traitement que la guérison put être considérée comme assurée. A ce moment la malade avait recouvré l'usage de ses membres inférieurs. La contractilité électrique était normale aux membres supérieurs, mais encore diminuée dans les muscles des membres inférieurs.

« Les facultés intellectuelles ont récupéré leur intégrité. La mémoire est revenue. Mme X... a retrouvé l'originalité de son esprit, »

La description des troubles mentaux quoique succincte est absolument caractéristique. A l'époque où cette malade fut observée, ces symptômes, tant psychiques que névritiques, étaient encore peu connus. C'est de plus, d'après Lamy (1), le premier cas paru de névrite puerpérale généralisée. Depuis, les faits se sont multipliés et nous rappellerons ici que les premières malades, décrites par Korsakoff sont des puerpérales. Il est intéressant de résumer ici ces observations qui, elles aussi, ont une importance véritablement historique.

OBSERVATION V

Observation de Korsakoff (Résumée.)

Une femme de 28 ans éprouve pendant sa grossesse des douleurs dans le sacrum et dans le nerf sciatique. Elle accouche d'un enfant mort macéré. Après l'accouchement se développe

(1) Lamy. — *Gazette hebdomadaire.*

une polynévrite rapidement progressive. Au troisième jour, panophobie, troubles de la conscience, excitation surtout nocturne, accentuation progressive des symptômes physiques et mentaux.

Korsakoff la voit au bout de trois semaines. A ce moment, il constate de l'amnésie, surtout pour les événements récents, des erreurs de temps, du rabâchage, une impossibilité de fixer l'attention, un sentiment d'anxiété. Pourtant à ce moment la malade commençait à s'orienter mieux qu'au début de sa maladie. Il y eut des symptômes bulbaires. La malade se rétablit, mais après quatre ans de maladie.

OBSERVATION VI

(Obs. II de Korsakoff, résumée.)

Femme de 22 ans. Est prise de pyohémie due à une rétention du placenta. Fièvre très élevée; puis, deux mois après le début, vomissements, apparition de la polynévrite avec symptômes bulbaires, confusion et hallucinations. Enfin, Korsakoff constate de l'amnésie continue, de l'affabulation, de l'agitation surtout vespérale. Dans ce cas, Korsakoff élimine l'alcoolisme.

A ces cas, Korsakoff a ajouté pour faire sa description originale, quatre autres observations d'ailleurs différentes au point de vue étiologique. Dans un nouveau travail en collaboration avec Serbsky il a donné

une longue observation de psychose polynévritique consécutive à une grossesse extra-utérine opérée à la suite d'accidents fébriles. Le début de la psychose polynévritique eut lieu dix jours après l'opération.

Nous reproduisons ici cette observation :

OBSERVATION VII (Résumée.)

Femme de 27 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine et qui présente des symptômes d'infection en septembre 1888. Elle fut opérée le 2 novembre 1888. Déjà à ce moment elle était oublieuse et excitée. Par le drain, placé dans la plaie opératoire, s'écoulaient l'urine et les matières fécales. Pouls à 100.

17 novembre. — La conscience est troublée, les idées se mêlent, la malade ne se rend pas bien compte de l'entourage. Elle reconnaît cependant son médecin, mais ne peut dire son nom exactement. Elle se plaint d'avoir été séparée de son enfant qui est dans la ville de P. . (en réalité elle l'a vu la veille). Elle fait des erreurs sur son domicile ; elle ne peut dire depuis quand elle est malade. Elle oublie immédiatement les impressions actuelles; par exemple, on lui fait pousser des cris en pressant sur les muscles de la jambe ; l'instant d'après elle ne se souvient plus qu'on vient de les examiner. Elle pleure facilement, répète les mêmes questions ; elle est agitée la nuit, parle, veut descendre de son lit. Elle a des hallucinations, voit des chevaux.

2 décembre. — Tout en étant assez calme, la malade parle sans s'arrêter, tantôt à l'un, tantôt à l'autre. Elle parle sans but, fait des questions incohérentes ou raconte des histoires. Elle est au théâtre, la musique joue, son habit n'est pas prêt, elle ne pourra pas faire ses visites. Sa parole est monotone, sa voix d'un timbre particulier, comme celle d'un ivrogne. Elle dit un mot pour un autre. Il lui vient à l'esprit des événements passés dont elle parle comme de faits actuels. Cependant les impressions qu'elle reçoit de son entourage sont exactes, elle reconnait le médecin, les infirmiers. Mais, dans sa conversation, elle mêle ses histoires et ses réponses sans s'en embarrasser. Elle se dit dans une maison de santé et l'instant d'après parle au médecin comme si elle le recevait chez elle. Elle entend mal les questions. Elle a, la nuit, des illusions et des hallucinations de la vue et de l'ouïe (entend un concert).

Les psychoses polynévritiques puerpérales et gravidiques paraissent être des raretés et d'ailleurs, la névrite puerpérale même est peu fréquente. Tuilant dans sa thèse, en 1891, ne rapporte pas de troubles mentaux en dehors de l'observation de Desnos-Joffroy-Pinard. Luntz en 1894 ne comptait que 18 cas connus depuis les travaux primordiaux de Moebius. Quelques autres observations dont nous n'avons pu avoir connaissance que par des comptes rendus paraissent peu explicites au sujet des troubles mentaux. En somme la psychose polynévritiqne dans la polynévrite puerpérale parait rare en regard de la fréquence relative des psychoses puerpérales vulgaires et il est remar-

quable, disons-le en passant, que les travaux sur les psychoses puerpérales restent muets à ce sujet. A l'Asile Saint-Yon où les folies puerpérales ne sont pas extrêmement rares, il n'a pas été noté dans ces dernières années de cas se rapportant à notre thèse. Il faut rappeler ici queM. Régis (1) a rapproché de la psychose polynévritique, les troubles mentaux éclamptiques qui peuvent se montrer indépendamment des attaques convulsives. Et il admet qu'il y a communauté dans l'étiologie (toxique et infectieuse) et similitude des symptômes.

---

(1) Régis. — *Congrès des aliénistes*, Marseille, 1899.

SYNDROME DE KORSAKOFF DANS LA POLYNÉVRITE ARSÉNICALE.

Pour être complet, il faudrait faire une étude comparative des troubles mentaux dans les diverses névrites. Les leçons de M. Raymond ont épuisé le sujet et depuis il n'est pas paru de travaux importants. L'intoxication par le sulfure de carbone a fait l'objet d'un long travail de Köster auquel nous renvoyons. Par contre la question de l'arsénicisme est revenue à l'ordre du jour à propos de l'épidémie de Manchester et il serait intéressant de résumer ici ces récentes données qui ont renouvelé le sujet. Jusqu'en ces derniers temps les documents sur les troubles mentaux dont on peut supposer la possibilité au cours de l'arsénicisme, en raison de la ressemblance des symptômes névritiques de l'intoxication arsénicale et de l'intoxication alcoolique, ces documents, disons-nous, ont été assez rares. Dans la grande épidémie d'Hyères, en avril 1888, due à l'usage de vin arsénié, si nous en jugeons par le

rapport du docteur Cougit et la *Revue générale* de Brouardel, il n'y a pas eu de troubles mentaux, du moins ils n'ont pas été notés. Après Raymond, nous citerons les observations déjà anciennes d'Erlicki et Rybalkin.

OBSERVATION VIII (Résumée).

La première concerne une femme de 34 ans. observée au mois de juillet 1885, deux semaines après une intoxication accidentelle de trois ou quatre jours de durée, qui avait d'abord déterminé chez elle des troubles gastro-intestinaux. A la suite survinrent des phénomèues névritiques et en même temps au cours de la troisième semaine une perte de conscience pendant huit jours avec agitation, dont elle ne gardait aucun souvenir net. A la fin du deuxième mois on constatait une faiblesse de la mémoire pour les faits récents. Par exemple, elle ne pouvait dire ce qu'elle avait mangé la veille, etc. De plus un certain degré de confusion régnait dans ses idées.

En avril 1889, son affaiblissement de la mémoire avait disparu, mais elle n'avait aucun souvenir de la période où elle était à moitié inconsciente.

OBSERVATION IX

Homme de 50 ans, empoisonné depuis trois jours. Il entre le 21 septembre avec des troubles gastro intestinanx. Le 26

et le 27 on note de la faiblesse et de la douleur des membres inférieurs.

1er octobre, accentuation des symptômes, l'intelligence est troublée, il se montre un peu confus dans ses réponses à des questions simples.

Dès le lendemain, la conscience est plus nette.

M. Raymond passe rapidement sur les troubles mentaux de l'arsénicisme en se bornant à citer l'observation précédente et en les rapprochant de la psychose polynévritique alcoolique. Les observations recueillies par Jolly dans le travail auquel nous avons fait souvent allusion, ne donnent que des détails très succints. Voici quel est le bilan de ces observations :

Obs. IX (homme). — Suicide à la suite de chagrins domestiques au moyen du vert de Scheele. Dans les premiers jours il y eut simplement un peu d'engourdissement intellectuel (Benommenheit). Guérison.

Obs. I (femme). — Empoisonnement chronique.

Obs. IV et V (femmes). — Suicide par le vert de Scheele. Il n'y eut aucun trouble mental.

Dans le groupe 2 :

Obs. XII (homme). — Tentative de suicide. Perte de conscience durant quatre à cinq jours, puis guérison.

Tous ces cas sont véritablement peu caractéristiques et même difficilement utilisables, en raison de ce fait qu'il existait généralement un trouble mental antèrieur à l'intoxication.

En réalité l'histoire des troubles mentaux de l'arsénicisme ne date que d'hier, pour ainsi dire. La grande épidémie de Manchester qui éclata au mois de juin 1900 à la suite de l'ingestion des bières arséniées et qui fit, plus de deux mille victimes, a donné aux auteurs anglais l'occasion d'étudier ces faits avec rigueur. On constatait à partir du mois de juin l'entrée dans les hôpitaux d'individus atteints de maladie, rappelant la maladie d'Addison puis l'entrée de cas de plus en plus nombreux de polynévrite que l'on considéra d'abord comme alcoolique. Mais bientôt la fréquence inusitée de ces cas et l'ensemble de la symptomatologie firent penser Reynolds à l'arsénicisme et cette hypothèse fut immédiatement vérifiée. Les documents circonstanciés commencent à peine à paraître dans les différents journaux anglais, en particulier dans *The Lancet* et dans le *British Médical-Journal.*

Reynolds (1) vient tout récemment de donner un tableau d'ensemble de l'épidémie qu'il y a diagnostiquée. Laissant de côté tout ce qui n'a pas strictement trait à notre sujet, nous reproduirons textuellement à titre documentaire, sa description des troubles mentaux.

« Dans nombre de cas avancés de paralysie existe l'état mental particulier que l'on rencontre communé-

(1) Reynolds. — *The Lancet*, 19 novembre, 1900.

ment dans la polynévrite alcoolique et qu'on désigne sous le nom de « confusional insanity » ; on peut le décrire plus exactement comme une perte totale de l'association des idées, grâce à laquelle toute suggestion quelque absurde qu'elle soit, est acceptée sans résistance. Le malade est complètement paralysé et au lit depuis des semaines ; on lui demande s'il ne s'est pas promené ce matin, il répond affirmativement et dit avec force détails où il a été ; qu'on lui pose la même question, à propos du jour précédent, il répondra pour peu qu'on l'y aide qu'il a été au bord de la mer. Lorsqu'on lui demande depuis quand il est à l'hôpital, il se tourne invariablement vers la « nurse » de l'autre côté du lit et lui dit : « Voyons, je pense que c'était hier (ou tel autre jour rapproché) n'est-ce pas, nurse? » Mais à ne prendre que les cas de paralysie, je suis porté à croire que le degré de confusion mentale a été nettement moindre que je ne l'aurais attendu de cas analogues de paralysie alcoolique ordinaire, ce qui me donne plutôt à penser que l'arsenic n'a pas beaucoup d'effet sur l'écorce cérébrale ».

En résumé, il y a là encore quasi-identité des symptômes avec ceux de la psychose polynévritique alcoolique. La seule différence remarque Reynolds consiste en une moindre intensité des symptômes. Reynolds ne dit pas d'une façon catégorique que les trouble mentaux aient été observés uniquement dans les cas de polynévrite, à l'exclusion des cas d'empoisonnement sans polynévrite. Cela semble pourtant être contenu implicitement dans sa description. S'il en était ainsi en

réalité, il n'est pas besoin d'insister sur l'importance extrême de cette remarque. Il faut cependant attendre que l'histoire de cette grande épidémie soit écrite complètement pour tenir compte de cette constatation. Si cela était, il y aurait là un argument très convaincant en faveur de cette hypothèse que, dans certaines conditions, il y a simultanément et d'une façon spécifique et systématisée, des lésions des neurones moteurs d'une part, et de certains neurones cérébraux d'autre part, auxquelles se rattache le trouble mental si particulier de la psychose polynévritique.

SYNDROME DE KORSAKOFF
DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

La nature un peu exceptionnelle des troubles mentaux reproduisant le syndrome de Korsakoff que nous avons observés dans un cas de tumeur cérébrale, nous a engagé à le reproduire ici malgré la complexité du fait.

Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales sont essentiellement variables ; ils peuvent manquer absolument jusqu'à la période terminale ou bien ne consister qu'en une simple obtusion intellectuelle progressive, et c'est là la circonstance la plus fréquente. Parfois ils revêtent la forme de délire hallucinatoire. Une place à part paraît devoir être réservée à la forme de trouble mental qui rappelle la psychose polynévritique dont nous donnons ici un exemple.

Le diagnostic primitivement posé avait été : paralysie générale ; en réalité, la malade ne présenta aucun

trouble de la parole, si ce n'est à la période terminale et encore ces troubles de la parole furent très peu marqués. Il est probable que, dès le début, les phénomènes mentaux revêtirent la forme qui a été observée à partir du moment d'où date notre observation, autant qu'on peut en juger d'après les renseignements assez vagues que nous possédons. Toujours est-il que le syndrome de Korsakoff existait de la façon la plus frappante à la période d'état. A ce moment le diagnostic n'était pas sans présenter encore de grosses difficultés. La malade était tout à fait impotente ou plutôt la station était devenue impossible par parésie spasmodique des membres inférieurs. L'exagération des réflexes permettait à peu près sûrement d'éliminer le diagnostic de névrite quoiqu'on ait parfois noté cette exagération des réflexes au début de paralysies par névrite. L'amaurose progressive permettait en plus de se rattacher au diagnostic vraisemblable de tumeur cérébrale, malheureusement l'examen ophtalmoscopique ne put être pratiqué.

Les troubles psychiques consistaient en une amnésie analogue à l'amnésie de la psychose polynévritique et à un degré très avancé. Les souvenirs anciens étaient sinon complètement abolis, du moins extrêmement diminués. Quant à l'amnésie des événements actuels, elle était complète. Enfin la malade se livrait aux affabulations habituelles et présentait des hallucinations de la vue, variables d'ailleurs et des hallucinations de l'ouïe. L'état de l'humeur était semblable à ce que l'on rencontre dans le syndrome de Korsakoff :

tranquillité, affabilité et satisfaction contrastant avec un état de déchéance physique profonde. Là encore, la malade, tout à fait impotente, prétendait pouvoir se lever et répondait par des défaites aux objections qu'on lui faisait à ce sujet. Elle paraissait de même, à peine se rendre compte de son amaurose avouant qu'elle avait la vue un peu affaiblie, mais ajoutant que plus tard, elle verrait mieux. Les hallucinations visuelles jouaient évidemment un rôle dans cette méconnaissance de sa cécité. Nous attirerons en passant l'attention sur un incident de l'histoire de la malade. C'est cette attaque de scorbut extrêmement intense avec gingivite, pétéchies, ecchymoses, double hémarthrose et surtout anémie énorme. Il est intéressant de voir guérir d'accidents aussi graves une malade presque cachectisée par l'existence de la lésion cérébrale.

OBSERVATION IX (Communiquée par M. Trénel).

SOMMAIRE. — *Affaiblissement intellectuel. Troubles de la motilité, symptômes spasmodiques, contracture. Amaurose. Amnésie. Affabulations. Euphorie, méconnaissance de l'état physique. Illusions et hallucinations visuelles et auditives. Scorbut. Mort. Tumeur de la base (méningo-encéphalite syphilitique).*

Femme M..., âgée de 51 ans, entrée le 26 novembre 1899, morte le 1er août 1900. Cette malade était envoyée comme paralytique générale, de l'hôpital où elle était en traitement depuis

deux semaines. Elle y tracassait les autres malades, avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, s'imaginait que son mari travaillait devant elle, n'avait aucune suite dans les idées. Elle avait été envoyée à l'hôpital à la suite d'actes d'aliénation mentale ; elle sortait demi-nue ou en tenue excentrique, tenait des propos incohérents. A son entrée à l'Asile Saint-Yon il est constaté sur le certificat de M. le docteur Giraud « que la malade présentait une grande obtusion intellectuelle, répondait à peine aux questions, avait du tremblement des membres. La marche était chancelante avec inclinaison vers la droite. La parole n'était pas manifestement embarrassée, les pupilles étaient égales ». Nous n'en possédons l'observation qu'à partir du moment où la malade était devenue grabataire (avril 1900).

On constate que la malade tient ses membres inférieurs demi-fléchis, en légère contracture que l'on peut réduire. Les réflexes rotuliens sont forts, ainsi que les réflexes des membres supérieurs. Il n'y a pas de tremblement épileptoïde. Le réflexe plantaire est normal (flexion des orteils). Il n'y a pas d'ataxie des membres supérieurs, mais un tremblement marqué des mains. La tête est maintenue fléchie sur l'épaule gauche en contracture difficile à vaincre. Il n'y a pas de paralysie faciale. La langue est très tremblante, non déviée. Les pupilles sont égales et dilatées. De plus, il existe une amaurose absolue et un léger nystagmus. L'ouïe n'est pas manifestement affaiblie. M... entend la montre qu'on place sans la prévenir à quelque distance de l'oreille, soit à droite, soit à gauche. Elle dit alors : « Tiens, çà fait digue-digue. » Elle entend un bruit de clefs qu'on fait tinter auprès d'elle et dit que c'est un bruit de sonnette. Une hystérique, couchée au bout de la salle, se met à gémir. Elle déclare

que « ça l'ennuie qu'on crie comme çà » et que « ce sont des enfants qu'on fait crier ».

Il n'y a pas le moindre trouble de la parole, mais les réponses de la malade paraissent tout à fait incohérentes. Elle appelle le médecin « ma sœur », prétend avoir 20 ans, être ici chez elle, et, l'instant d'après, y être arrivée depuis six mois. Les propos n'ont aucune suite et il semblerait souvent qu'elle réponde à des hallucinations. Elle appelle son enfant, puis, l'instant d'après, déclare qu'elle va accoucher aujourd'hui même. Le pouls est dur, assez rapide (84). Il n'existe pas de troubles de la sensibilité. On constate des troubles trophiques des orteils, petites plaques de gangrène analogues à la maladie de Raynaud. La malade a de l'ozène.

Son état reste le même les jours suivants, mais le 12 avril on remarque des ecchymoses de la face supérieure des orteils gauches et quelques pétéchies des membres inférieurs. La rétraction du membre inférieur gauche s'est très accentuée et est devenue irréductible.

La conversation de la malade reste toujours aussi incohérente; elle est tout à fait désorientée ; elle ne sait où, ni depuis quand elle est ici, se contredit dans la conversation.

Après avoir reconnu le médecin elle déclare quelques instants plus tard que c'est son père, etc... Depuis deux ou trois jours était apparue l'hydarthrose du genou gauche. On ne peut retirer au moyen d'une ponction que quelques centimètres cube de liquide hémorrhagique. Les jours suivants l'état de la malade reste absolument le même.

Nous rapportons comme exemple de l'état mental l'examen du 1er *mai*.

La malade se croit ici chez sa sœur qui tient un bal. L'instant d'après elle est chez son frère Dominique qui est briquetier. Elle prétend qu'elle est malade depuis un mois, ne peut dire depuis quand elle est ici et se croit en 1848. Elle peut donner le nom de tous ses enfants; puis. tout d'un coup se met à parler comme si elle s'adressait à sa sœur, lui dit de ne pas aller dans la rue parce qu'il y a du mauvais monde.

L'état physique s'aggrave ; il existe des pétéchies et des ecchymoses des deux jambes, de l'œdème du pied. La face est très pâle. Le pouls est dur (84), il avait été plus rapide les jours précédents et dépassait 100.

Les bruits du cœur sont à peu près normaux, si ce n'est que le premier bruit est un peu sourd à la base et qu'il y a un dédoublement constant du deuxième bruit. Réflexes très forts, mais au membre inférieur gauche il n'y a pas de déplacement en raison de l'hydarthrose qui a augmenté.

10 *mai.* — La malade décrit avec détails une hallucination visuelle et zoopsique. Elle raconte qu'elle a vu une souris dans ses draps, qui s'est sauvée. « Je n'ai pas bien dormi. Que je vous raconte une chose, c'est curieux. J'étais bien couchée. Au bout d'un moment je veux découvrir mon lit. Il y avait une souris dans mes draps. Je l'ai vue, elle s'est sauvée, elle avait des yeux, elle me regardait, elle avait de beaux poils, elle n'allait pas vite. » Puis elle passe à un autre ordre d'idées. Sa conversation est tout à fait sans suite.

Depuis quelques jours, il s'est développé une gingivite fongueuse. Toutes les dents sont déchaussées, les jambes sont couvertes de pétéchies ; ecchymose de la malléole gauche. Les membres inférieurs sont très rétractés; il commence à y avoir de la rétraction des orteils. On peut obtenir encore une contrac-

tion des muscles par percussion des tendons sans qu'il y ait déplacement de la jambe sur la cuisse en raison de la contracture.

19 *mai.* — La situation est la même. Il commence à y avoir de la suppuration des gencives qui sont toujours fongueuses.

Il existe une double hémarthrose.

Rythme embryo-cardique (pouls 100).

25 *mai.* — L'interrogatoire de la malade donne bien la caractéristique de son état mental.

La malade prétend « qu'elle se lève, que son père est venu la voir hier, que sa mère viendrait la voir le lendemain ; s'imagine être dans une prison, au bord de la mer, ne sait pas pourquoi elle est ici. Elle va broder de beaux dessins, mais elle a la vue un peu faible ; elle les fera cette après-midi. Elle veut se lever, réclame ses chaussures pour aller chercher son enfant qu'elle entend crier. »

Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations manifestes de la vue, ne sait toujours pas où elle est, prétend avoir 16 ans et avoir déjà trois enfants. Elle ne se rappelle plus aucun détail de sa vie antérieure. Elle se livre parfois à des sortes d'affabulations d'ailleurs assez incohérentes, qui ont leur point de départ dans les questions qu'on lui fait. Par exemple, quand on lui demande si elle voit quelque chose, elle répond : « Je ne vois rien. Ah ! si je vois les dames qui travaillent, des jeunes gens qui les aident quand elles ont besoin d'autre chose. Il y a Mlle Marie qui n'est pas très complaisante, elle ne veut pas qu'on joue ni qu'on plaisante avec elle. Une fois, elle a voulu me donner un soufflet... »

L'état général devient de plus en plus mauvais. Le pouls est faible et rapide (108). Le tremblement des mains persiste. Il apparaît des phlyctènes du pied. Les gencives suppurent.

31 *mai* — La malade ne cesse de causer toute la journée d'une manière incohérente, sans aucune agitation d'ailleurs. Au moment où on l'examine, elle venait de déclarer qu'il fallait acheter un baril de vin. Reconnaissant alors le médecin, elle lui tend la main et se met à plaisanter parce qu'il ne la lui prend pas immédiatement. Ses propos sont analogues à ceux qu'on a notés plus haut. Peut-être a-t-elle des hallucinations de la vue, car elle prétend ne pas dormir et voir toutes sortes de petits bonshommes qu'elle ne saurait décrire.

6 *juin*. — Cette hallucination de la vue paraît assez persistante, car elle la répète en des termes à peu près analogues. Prétend être ici chez sa mère, prétend que celle-ci est venue la voir au commencement de la semaine, prend le médeciu pour un de ses parents, mais accepte très bien qu'on corrige son erreur. Elle raconte : « L'autre jour j'ai rêvé qu'un monsieur était couché sur moi, j'ai demandé ce qu'il voulait, il m'a dit une raison que je ne veux pas répéter. Il a dit qu'il reviendrait demain, mais il n'est pas revenu. »

Son état physique reste stationnaire.

8 *juin*. — Se croit à Fécamp. Elle voudrait aller ramasser ses pommes dans la cour parce qu'on pourrait les lui voler quoique son mari soit là. Elle paraît reconnaître le médecin et les personnes du service sans pouvoir dire leur nom. De temps en temps la malade a un léger embarras de la parole, légers accrocs qu'elle corrige elle-même. Le pouls est meilleur, moins rapide (90 à 100) assez dur. Les bruits du cœur sont bien frappés ; le bruit de galop qui existait a disparu. Les membres supérieurs ne sont pas paralysés, la contracture du cou s'est atténuée et a disparu mais il existe une légère parésie faciale gauche. La rétraction des membres inférieurs est complète. Cependant les mouvements des

orteils sont encore possibles et le réflexe plantaire se traduit par leur flexion.

On ne peut obtenir de déplacement de la jambe sur la cuisse par percussion du tendon rotulien en raison de cette rétraction et de l'épanchement des genoux. La gingivite s'est bien améliorée mais il y a eu chute d'une incisive supérieure. L'anémie est très grande. La malade meurt le 1er août 1900.

Au cours de la maladie il a été fait plusieurs numérations de globules sanguins qui ont donné des chiffres extrêmement bas, le 29 mai et le 27 juin (100.000 et 200.000). Il n'y a jamais eu de fièvre, la température oscillant toujours entre 36°,2 et 37°2. La mort est survenue par affaiblissement progressif.

Autopsie. — Il existe un épaississement et des adhérences de la dure-mère limitées à la pointe du lobe frontal gauche. A la base, à la face inférieure du lobe frontal, une plaque blanche et dure, légèrement saillante, répondant exactement à la partie des circonvolutions qui s'applique sur l'ethmoïde. Sur toute la partie moyenne de l'étage antérieur du crâne, les os sont amincis et découpés en dentelle. A la coupe du cerveau, on constate que les deux frontales antérieures sont confondues dans la région orbitraire en une masse uniforme. La lésion se poursuit jusqu'à la partie antérieure de la région opto-striée.

Les coupes portant sur les différents points du cerveau le montrent parsemé de cavités, et la surface de la coupe présente cet aspect qu'on a comparé au fromage de gruyère. Cet examen a été fait après durcissement dans le formol. Le plancher du quatrième ventricule est très légèrement granuleux.

L'examen microscopique montre que la méninge est complètement adhérente à la substance cérébrale. Les vaisseaux, tant de l'écorce que de la méninge, présentent des lésions anciennes

d'endo-périartérite. Les travées fibreuses pénètrent dans la substance cérébrale. De plus il existe une gliose extrêmement intense dans la profondeur (méthode de Van Gieson). A l'examen de l'écorce, les fibres tangentielles ne sont que diminuées de nombre. Les nerfs optiques présentent l'un et l'autqe une névrite interstitielle très intense avec endo-périartérite. Il y a atrophie d'un nombre considérable de fibres nerveuses.

Dans un cas de tumeur cérébrale Monkemoller et Kaplan ont observé aussi des troubles mentaux analogues à la psychose de Korsakoff. Il s'agissait d'une tumeur du lobe temporal droit qui comprimait le pédoncule et la moitié droite de la protubérance. Les auteurs attribuent le syndrôme à une intoxication dont le point de départ aurait été la tumeur (myxosarcome).

La malade présentait cette forme particulière de perte de la mémoire pour les faits récents, la tendance aux affabulations, un état d'euphorie s'accompagnant d'observations humoristiques, plaisantes, une humeur changeante, de la tendance aux hallucinations, aux idées paranoïques etc... Il faut noter qu'on constata de la douleur des troncs nerveux et des muscles et l'abolition des réflexes rotuliens. Les auteurs eux-mêmes remarquent qu'il y eut probablement en réalité polynévrite.

OBSERVATION X (Résumée.)
(Montkemoller et Kaplan.)

Femme de 47 ans. Elle présente en 1897 du strabisme de

l'œil droit, du tremblement de la main droite, puis éprouve des douleurs de tête, des troubles de la vue, de l'affaiblissement de la mémoire, de la paresthésie des membres inférieurs. En 1898, les troubles mentaux augmentent. On observe de la stase papillaire.

A son entrée à l'asile, on constate une grande apathie, une marche incertaine et lourde, de l'hypoesthésie des membres inférieurs sans autres symptômes. Dans la suite apparaît une néphrite albumineuse aiguë, des troubles oculaires variés, une rétinite albuminurique, du tremblement de la langue et de la main droite, une abolition rapidement progressive des réflexes rotuliens, aucun trouble de la parole.

Nous traduirons l'examen du 12 mai pour montrer ce qu'est le trouble mental.

« Elle est tombée du haut en bas de l'escalier, elle a dû regrimper les quatre étages. Elle habite la maison d'à côté, mais ne se rappelle pas le nom de la rue. » Elle prend le médecin pour l'aubergiste. « Aujourd'hui elle a été à un mariage. » Elle a oublié à midi que son fils est venu le matin. « Il est venu hier à la maison, mais la bonne ne l'a pas laissé entrer ». « Elle est ici dans les neiges ». Elle est très indignée contre les autres malades : « Elles se moquent et elles rient de moi, dit-elle, mais je sais bien que j'ai la tête faible et une mauvaise mémoire. » Elle a entendu cette nuit la voix de son enfant. L'autre jour elle a vu toutes sortes de petits êtres verts, jaunes et rouges.

De tels faits paraissent rares ou du moins ne semblent pas avoir jusqu'ici attiré l'attention des neurologistes particulièrement. Cependant à en juger du moins par

la dernière observation le trouble mental est très caractéristique. Le résumé et les extraits que nous avons donnés de l'observation des auteurs allemands montre bien, on le voit, la quasi-identité de cette observation et de la nôtre au point de vue des symptômes psychiques. Il n'est pas jusqu'à certains détails même du délire qui ne se reproduisent chez l'une et l'autre malade.

Par exemple toutes deux voient « des petits bonshommes » entendent des plaintes. Leur amnésie est la même, leurs pseudo-réminiscences sont pareilles. Toutes deux chantent avec gaieté, appellent leur enfant qu'elles entendent crier. Au total la ressemblance est très grande.

On ne peut éliminer dans l'une ni dans l'autre observation, d'une façon absolue, la coexistence d'une névrite. Les signes en sont du moins notés d'une façon positive dans l'observation allemande où est indiquée l'existence de sensibilité à la pression des muscles et des nerfs. D'ailleurs les auteurs font eux-mêmes allusion à ce fait dans leur article sans en tirer de conséquences fermes. Quant à l'abolition des réflexes, ils l'attribuent à une lésion constatée des cordons postérieurs. Il est regrettable que dans les deux cas l'examen électrique et anatomique des nerfs fasse défaut.

Pour ce qui est de la pathogénie des troubles mentaux, Monkemoller et Kaplan accordent le rôle principal à la toxhémie. Celle-ci dans leur cas serait peut-être due, disent-ils, aussi bien à la tumeur elle-même qu'à une néphrite concomitante. Ils n'éliminent pas d'ailleurs la possibilité de l'intoxication alcoolique. Cependant

ils concluent en rappelant une observation analogue de Meyer que « les deux phénomènes de psychose de Korsakoff et tumeur cérébrale ne sont pas seulement une coïncidence, mais sont dans le rapport le plus intime au point de vue pathologique ». Un plus grand nombre d'observations serait évidemment nécessaire pour pouvoir formuler des conclusions fermes dans les cas que nous étudions ici. Il sera toujours utile, en pareille circonstance, d'étudier le système nerveux périphérique afin d'avoir des observations irréprochables.

Nous devons enfin bien faire ressortir que, dans notre cas, les faits sont beaucoup plus complexes que dans l'observation de Kaplan. L'autopsie nous a montré, en effet, non pas un simple néoplasme mais un vaste foyer de méningo-encéphalite syphilitique. Fournier, entre autres, a depuis longtemps indiqué les troubles de la mémoire dans la syphilis cérébrale. L'époque tardive à laquelle la malade a été vue, mettait l'observateur en présence de lésions ayant déjà subi une longue évolution et devenues définitives.

CONCLUSIONS

I. — Le syndrome de Korsakoff se rencontre dans les diverses espèces de polynévrites toxiques et infectieuses. En général ces cas de polynévrite sont graves.

II. — En dehors des polynévrites, on le rencontre dans des cas rares de tumeur cérébrale. Dans les observations données ici la coexistence d'une névrite reste d'ailleurs douteuse.

III. — Il est difficile de décider encore aujourd'hui s'il s'agit là d'une espèce psychique particulière ou d'une simple variété de la confusion mentale.

Quoi qu'il en soit, le terme de psychose polynévritique doit être conservé jusqu'à nouvel ordre, aussi bien en raison de sa commodité que de la fréquence

avec laquelle ce trouble mental et la polynévrite se trouvent unis. Ce terme a de plus l'avantage d'être purement clinique et de ne préjuger en aucune façon de la nature intime du syndrome de Korsakoff.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLADE. — Psychose polynévritique et tuberculose. Revue neurologique 1900, n° 3, page 157.

BALLET. — Congrès des aliénistes. Marseille, 1899.

BOINET. — Polynévrite alcoolique avec mal perforant plantaire (Société médicale des hôpitaux de Paris. 22 mars 1900.

BUCCELLI. — Psychose polynévritique par intoxication tabagique. Rivista di patologia nervosa e mentale. Juin 1898.

CESTAN et BARBONNEIX. — Polynévrite grippale (Gazette des Hôpitaux 1900).

CESTAN. — Polynévrite mercurielle. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, n° 2, mars 1900.

CHARCOT. — Les paralysies alcooliques. Gazette des hôpitaux, août 1884. Leçons du mardi.

CHRISTIANI. — Névrite des aliénés. Clinica moderna, xv° année, n° 19, 10 mai 1899.

CONTO-MAIA. — Considérations sur les polynévrites. Bahia, 1898.

DÉJERINE et SOTTAS. — Polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance. Société de biologie, 1893.

DÉJERINE. — Revue de médecine 1896, tome XVI.

— Semaine médicale 1891, n° 22.

DEVOS. — Un cas de polynévrite alcoolique Société de médecine de Gand, avril 1897.

FONTANA. — Polynévrite urémique. Gazetta degli Ospedali n° 67, juin 1899.

GIOVANNI. — Polynévrite ou poliomyélite. Bolletino delle cliniche an XV n° 6, juin 1899.

HEILBRONNER. — Lésions médullaires dans la polynévrite des buveurs. Monats. für Psychiatrie 3-459, 1899.

HEUBNER. — Un cas de polynévrite en voie de guérison (enfant de dix ans). Deutsche med. Wochenschrift, 19 janvier-23 février 1899.

JOFFROY. — De la névrite parenchymateuse spontanée généralisée ou partielle. Archives de physiolologie, 1879.

KORSAKOFF et SERBSKY. — Archiv. für Psychiatrie, 1888.

KORSAKOFF. — Revue philosophique, novembre 1887. Archiv. für psychiatrie, 1886. Allg.-: eits, f. Psych. 1888.

LAMY. — Gazette hebdomadaire, 1893.

POPOFF. — Contribution au stade de début des polynévrites. Neurol. Centralb. 13-14, 1900, pages 594-655.

LUCKERATH. — Contribution à l'étude de la psychose de Korsakoff. Neurol. Centralb. 8-15 avril 1900.

RAYMOND. — Polynévrite et poliomyélite, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Janvier-février 1899, pages 758-772.

RÉGIS. — Gazette hebdomadaire n° 39, 40, 41, 1893.

ROSSOLIMO. — Polynévrite récurrente. Revue neurologique n° 15, 15 août 1899.

SCHLIER. — Polynévrite récurrente, zeits für klinische Medicin. fascicule 1, page 26, 1899.

STRUMPELL. — Pathologie et Anatomie pathologique de la polynévrite. Deutsche Archiv. für klinische Medicin, 64, page 146-182, 1899.

TUILANT. — Thèse de 1891, Paris.

WINSCHAÏD. — Nevritis gravidarum et puerperalis. Halle, 1898.

TABLE DES MATIERES

Paris.— L. Boyer, Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine.